

|                                                                                                                      |                                    |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| <br>Alcaldía Municipal<br>de Cucaita | FORMATO                            | Versión: 2.0         |
|                                                                                                                      |                                    | Código: SGA-GC-F-023 |
|                                                                                                                      | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA | Fecha: 2025/04/01    |
|                                                                                                                      |                                    | Página 1 de 6        |

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                          |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| CONTRATISTA: FUNDACION PARA EL DESARROLLO AGROPECUARIO BIENESTAR SOCIAL Y SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL MADRE TIERRA ONG | SUPERVISOR: LUZ MAREILY LIBREROS GORDILLO                                                                                                                                                                                | No. ACEPTACIÓN DE OFERTA – No. MC-CMC-043-2025 |
| PERIODO REPORTE: DEL 10-1-2025 AL 09-12-2025                                                                         | FECHA INICIACIÓN: 10-11-2025                                                                                                                                                                                             | FECHA DE TERMINACIÓN: 09-12-2025               |
| No. DE INFORMES A PRESENTAR: UNO (1)                                                                                 | No. DEL PRESENTE INFORME: UNO (No.1)                                                                                                                                                                                     |                                                |
| OBJETO:                                                                                                              | PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA REALIZACION DE ESTERILIZACIONES CANINAS Y FELINAS ASI COMO EL SUMINISTRO DE MATERIAL PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS PRODUCTIVOS PARA EL SECTOR AGROPECUARIO DEL MUNICIPIO DE CUCAITA “. |                                                |

| REPORTE FINAL DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                           |                                    |         |           |                                                                            |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|-----------|----------------------------------------------------------------------------|
| ÍTEM                                         | 1ACTIVIDADES PACTADAS                                                                          | 2ACTIVIDADES EJECUTADAS                                                                                                                                                                                   | 3OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES | ARCHIVO |           | EXTENSIÓN DONDE SE ENCUENTRA Y/O LUGAR DEL ARCHIVO                         |
|                                              |                                                                                                |                                                                                                                                                                                                           |                                    | FÍSICO  | MAGNÉTICO |                                                                            |
| 1.                                           | ESTERILIZACION EN CANINOS Y FELINOS                                                            | se realizó dos jornadas de esterilización canina y felina en el municipio en las fechas 28 de noviembre en la vereda pijaos y 29 de noviembre en el centro. Con un total de 70 procedimientos realizados. |                                    | X       |           | Secretaria de Gobierno Archivo, ACEPTACIÓN DE OFERTA – No. MC-CMC-043-2025 |
| 2.                                           | PROYECTO PRODUCTIVO DE GALLINAS PONEDORAS 10 GALLINAS DE 16 – 18 SEMANAS POR UNIDAD PRODUCTIVA | Se ejecuto la entrega de 10 proyectos productivos de gallina ponedora en el municipio de Cucaita, con la entrega de 10 gallinas ponedoras el día 26 de noviembre.                                         |                                    | X       |           | Secretaria de Gobierno Archivo, ACEPTACIÓN DE OFERTA – No. MC-CMC-043-2025 |
| 3                                            | BULTOS DE CONCENTRADO DE POSTURA                                                               | Se realiza la entrega de 10 bultos de 40 kg de alimento concentrado para gallinas ponedoras como complemento del proyecto productivo el día 26 de noviembre.                                              |                                    | X       |           | Secretaria de Gobierno Archivo, ACEPTACIÓN DE OFERTA – No. MC-CMC-043-2025 |
| 4                                            | PAJILLAS DE INSEMINACION                                                                       | Se suministro 30 pajillas de material genético para inseminación de razas normando, gyr y simental.                                                                                                       |                                    |         |           |                                                                            |
| 5                                            | RECARGA DE NITROGENO LIQUIDOX LITRO                                                            | Se suministro 2 recargas al termo Cryogenico de propiedad de la administración con nitrógeno líquido correspondiente a 80 litros.                                                                         |                                    |         |           |                                                                            |

|   |                                        |                                                                                                                                                                                            |  |   |  |                                                                                      |
|---|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | CAJA DE JERINGA DESC. X 20 ML C 50 UND | Se realizo la entrega a la supervisora de dos cajas de #50 jeringas desechables de 20 ml.                                                                                                  |  |   |  |                                                                                      |
| 7 | HUERTAS CASERA                         | Se efectuó la entrega de material vegetal (plántulas) 30 paquetes cada uno con: 200 plántulas lechugas<br>100 plántulas repollos<br>100 plántulas remolacha<br>5 plántulas tomate de arbol |  | X |  | Secretaria de Gobierno<br>Archivo, ACEPTACIÓN<br>DE OFERTA – No. MC-<br>CMC-043-2025 |
| 8 | ABONO QUIMICO                          | Como complemento del proyecto de huertas casera se entregan 8 bultos de 50 kilos 15-15-15                                                                                                  |  | X |  | Secretaria de Gobierno<br>Archivo, ACEPTACIÓN<br>DE OFERTA – No. MC-<br>CMC-043-2025 |

  
FIRMA

NIT: 900.819.247-3  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.049.604.586 de Tunja

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: Néstor Mauricio Fresno Pirabaguen  
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: Fundación para el Desarrollo Agropecuario Bienestar Social y  
Sustentabilidad Ambiental - Madre Tierra ONG

Proyectó: Néstor Mauricio Fresno Pirabaguen , Contratista  
Revisó: Luz Mareily Libreros Gordillo, Secretaria de Desarrollo Económico y Social  
Aprobó: Luz Mareily Libreros Gordillo, Secretaria de Desarrollo Económico y Social



|                                                                                                                           |                                    |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
|  <p>Alcaldía Municipal<br/>de Cucaita</p> | FORMATO                            | Versión: 2.0         |
|                                                                                                                           |                                    | Código: SGA-GC-F-023 |
|                                                                                                                           | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA | Fecha: 2025/04/01    |
|                                                                                                                           |                                    | Página 3 de 6        |

REGISTRO FOTOGRAFICO

ESTERILIZACION EN CANINOS Y FELINOS



|                                                                                                                           |                                           |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|
|  <p>Alcaldía Municipal<br/>de Cucaita</p> | <p>FORMATO</p>                            | <p>Versión: 2.0</p>         |
|                                                                                                                           |                                           | <p>Código: SGA-GC-F-023</p> |
|                                                                                                                           | <p>INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA</p> | <p>Fecha: 2025/04/01</p>    |
|                                                                                                                           |                                           | <p>Página 4 de 6</p>        |





|                                                                                                                           |                                    |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
|  <p>Alcaldía Municipal<br/>de Cucaita</p> | FORMATO                            | Versión: 2.0         |
|                                                                                                                           |                                    | Código: SGA-GC-F-023 |
|                                                                                                                           | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA | Fecha: 2025/04/01    |
|                                                                                                                           |                                    | Página 5 de 6        |

PROYECTO PRODUCTIVO DE GALLINAS PONEDORAS  
SUMINISTRO DE ALIMENTO CONCENTRADO



|                                                                                                                              |                                           |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------|
| <br><b>Alcaldía Municipal<br/>de Cucaita</b> | <b>FORMATO</b>                            | <b>Versión: 2.0</b>         |
|                                                                                                                              |                                           | <b>Código: SGA-GC-F-023</b> |
|                                                                                                                              | <b>INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA</b> | <b>Fecha: 2025/04/01</b>    |
|                                                                                                                              |                                           | <b>Página 6 de 6</b>        |

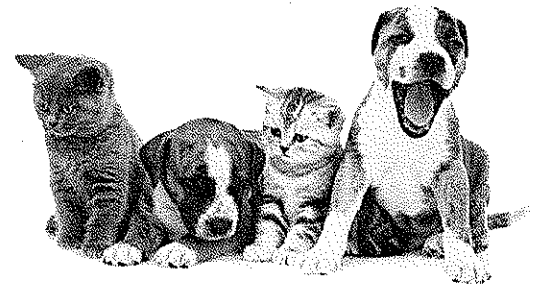
HUERTAS CASERA SUMINSTRO DE ABONO QUIMICO





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Colonia Veredo pijuos 28-Nov-2013  
 Nombre y apellidos del propietario Leidy Lopez  
 Documento de Identidad 1056801909 Dirección Veredo pijuos  
 Teléfono 3128521406  
 Nombre de la mascota luna Especie Canina  
 Edad (Meses) 7 meses Color Amarillo  
 Raza Cholla Sexo H Peso 9.6  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 28 Señales No  
 Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 72 Frecuencia Cardíaca 98  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO(A) Leidy Lopez IDENTIFICADO(A) CON C.C. 1056801909 ACTUANDO COMO PROPIETARIO(A) O CUIDADOR(A), DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE luna, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Misaelia Cuatrecasas DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESES, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Veredo pijuos a los 28 días del mes de Nov del 2013

EL PROPIETARIO  
 FIRMA Leidy y Misaelia Lopez  
 C.C. 1056801909



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo leidy lopez identificado-a con Documento de Identidad Número 1056801909 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre lga, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vereda pizuos, a los 28 días del mes Nov de 2025

Leidy Yolanda Lopez

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1056.807.909

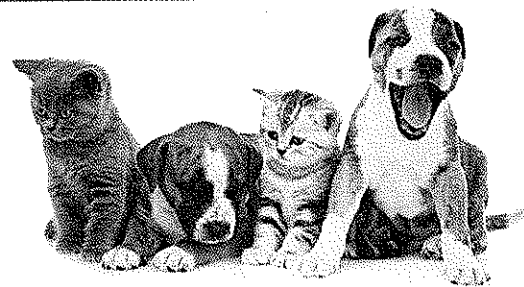


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3189473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta porje principal 29-Nov-2025  
 Nombre y apellidos del propietario Eduar Sanchez  
 Documento de Identidad 4045297 Dirección porje principal  
 Teléfono 3122134501  
 Nombre de la mascota Chorchona Especie Canino  
 Edad (Meses) 2 años Color Cafe  
 Raza Cholla Sexo H Peso 9.9  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 19 Señales No  
 Temperatura 38.2 Frecuencia Respiratoria 69 Frecuencia Cardíaca 113  
 Exámenes Prequirúrgicos: Si NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A

T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Eduar Sanchez IDENTIFICADO-A CON C.C. 4045297 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Chorchona, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X **ORQUIECTOMIA RADICAL** \_\_\_\_\_ **TATUADO EN OREJA** \_\_\_\_\_ **INSERCIÓN DE MICROCHIP** \_\_\_\_\_ **OTRO** \_\_\_\_\_. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En porje principal a los 29 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Eduar Sanchez

C.C. 4045297



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3108473547 - 3143368206  
 FUSASUGA - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Eduar Sanchez identificado-a con Documento de Identidad Número 40A5197 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Chanchona, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en porje principal Puerto, a los 29 días del mes Nov de 2015

Eduar Sanchez

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 4045297



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Quito Parí principal 29-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Juan Varegas

Documento de Identidad 1099626310 Dirección parí principal

Teléfono 3222214715

Nombre de la mascota Molly Especie Canina

Edad (Meses) 1.5 años Color negra

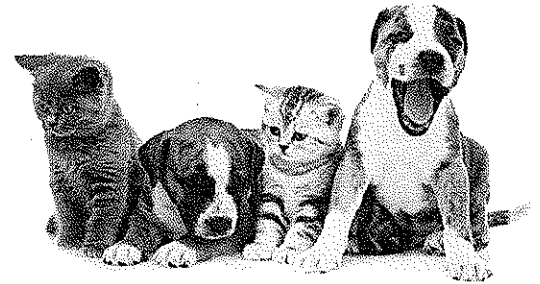
Raza pincher Sexo H Peso 2.7

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 12 Señales No

Temperatura 39.5 Frecuencia Respiratoria 78 Frecuencia Cardíaca 89

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: no



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Juan Varegas IDENTIFICADO-A CON C.C. 1099626310 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Molly, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Almalidia Pareda DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En parí principal a los 29 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Juan Varegas

C.C. 1099626310



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Juan Viegas identificado-a con Documento de Identidad Número 1049626310 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Molly, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Alcaldía Jorge Pardo, a los 24 días del mes Nov de 2015

Juan Viegas

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1049626310



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta parte principal 29-Nov-2015

Nombre y apellidos del propietario Orlando paez

Documento de Identidad 74352284 Dirección Centro

Teléfono 3133284925

Nombre de la mascota lma Especie Cornia

Edad (Meses) 2 años Color Negria-Amarillo

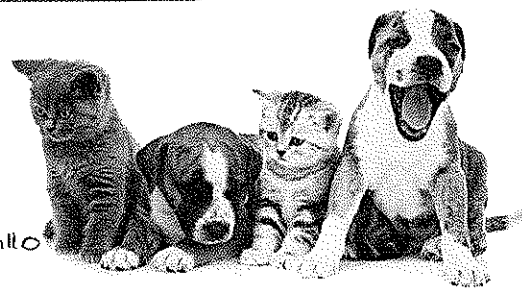
Raza Cholla Sexo 4 Peso 7.1

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 20 Señales No

Temperatura 37.7 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 112

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Orlando paez IDENTIFICADO-A CON C.C. 74352284 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE lma, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuta DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En parte principal a los 29 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:  
FIRMA Orlando paez  
C.C. 74352284



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Orlando poez identificado-a con Documento de Identidad Número 74357284 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre luna, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Orlando poez principal, a los 29 días del mes Nov de 2015

Orlando poez

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 7437284



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Quindía paríe pínipal 29-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Flor Vargas

Documento de Identidad 23277075 Dirección paríe pínipal

Teléfono 3219478589

Nombre de la mascota Molly Especie Canina

Edad (Meses) 2 años Color Blanca

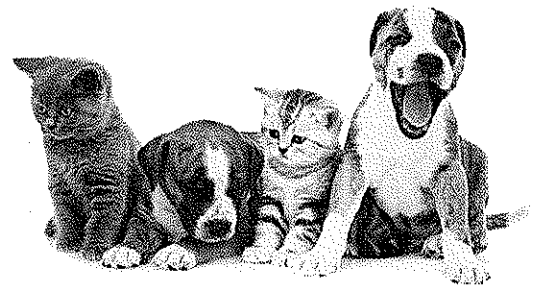
Raza Cholla Sexo H Peso 5.2

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 20 Señales No

Temperatura 38.2 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 112

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Flor Vargas IDENTIFICADO-A CON C.C. 23277075 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Molly, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMÍA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS. PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA. AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Quindía** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En paríe pínipal a los 29 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Flor Borda  
c.c. 23277075



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Flor Vargas identificado-a con Documento de Identidad Número 23277095 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Molly, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Doña principal, a los 29 días del mes Nov de 2015

Flor Borda

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**  
CC 23277095



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Corinto paige principal 24-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Jorge Uma

Documento de Identidad 4041213 Dirección paige principal

Teléfono 3148904446

Nombre de la mascota Karla Especie Cornia

Edad (Meses) 1.5 oro Color negra

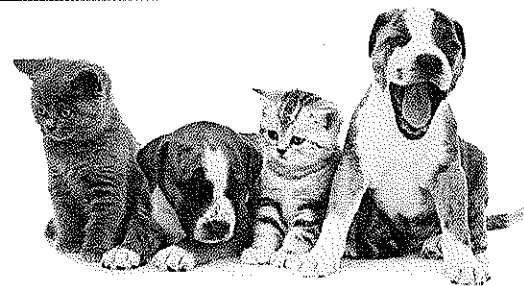
Raza Cholla Sexo 4 Peso 5

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 20 Señales No

Temperatura 37.6 Frecuencia Respiratoria 75 Frecuencia Cardíaca 84

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: NO



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO

MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A

T.P 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.

# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Jorge Uma IDENTIFICADO-A CON C.C. 4041213 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Karla, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X **ORQUIECTOMIA RADICAL** TATUADO EN OREJA **INSERCIÓN DE MICROCHIP** OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alrodisa Cusala** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En paige principal a los 24 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Jorge Uma

c.c. 4041213



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Jorge Drea identificado-a con Documento de Identidad Número 4041213 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Karla, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Barraquilla Principal, Barranquilla, a los 29 días del mes Nov de 2015

Jorge Herrera

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 4041213

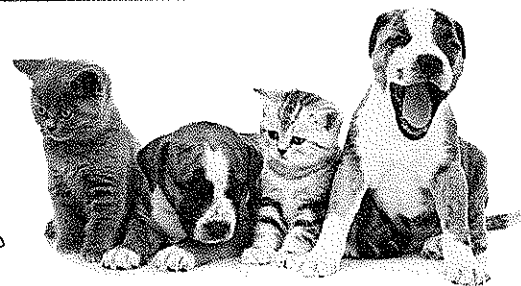


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGA SUEÑA - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Guayaquil 24-Nov-2015  
 Nombre y apellidos del propietario Israel Ariacalve  
 Documento de Identidad 6743946 Dirección paige principal  
 Teléfono 3107782609  
 Nombre de la mascota Meliodus Especie Felino  
 Edad (Meses) 3 años Color Blanco negro  
 Raza Grolo Sexo M Peso 4.2  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 17 Señales No  
 Temperatura 38.6 Frecuencia Respiratoria 69 Frecuencia Cardíaca 84  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos:



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Israel Ariacalve IDENTIFICADO-A CON C.C. 6743946 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Meliodus, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Maldia Guafía DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE,

En paige principal a los 29 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Israel Ariacalve  
 c.c. 6743946



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3108473547 - 3143368206  
 FUSAGUAGA - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Israel Firacative identificado-a con Documento de Identidad Número 6743946 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Melódus, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Porope principal Cucarita, a los 29 días del mes Nov de 2025

Israel Firacative Bastidas

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 6743946**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta porge principal 24-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Rafael Vonegas

Documento de Identidad 1002405629 Dirección porge principal

Teléfono 3007037272

Nombre de la mascota Cronos Especie Felino

Edad (Meses) 1 año Color Blanco-gris

Raza Gnolito Sexo M Peso 3

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 16 Señales No

Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 68 Frecuencia Cardíaca 110

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos:

Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL-LA SUSCRITO-A Rafael Vonegas IDENTIFICADO-A CON C.C. 1002405629 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Cronos, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA, DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En porge principal a los 24 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Rafael Antonio Vonegas D.

C.C. 1002405629



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Rafael Voregas identificado-a con Documento de Identidad Número 7002405629 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Pinos, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en parte principal Cucuta, a los 29 días del mes Nov de 2025

Rafael Antonio Voregas

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1002 405629.



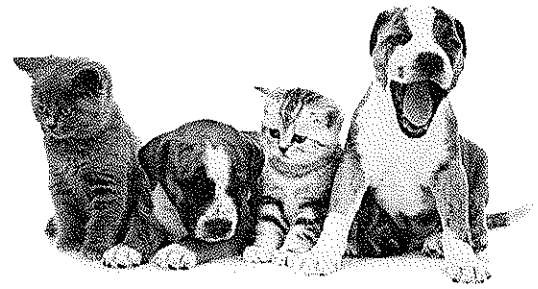
florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSASASUGÁ - COLOMBIA





## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta porge principal 29-Nov-2025  
Nombre y apellidos del propietario Edwin Camargo  
Documento de Identidad 1051241012 Dirección porge principal  
Teléfono 3142922412  
Nombre de la mascota Corpanta Especie Perro  
Edad (Meses) 5 meses Color Amarillo  
Raza Cholla Sexo H Peso 1.9  
Condición Corporal 0/5 4 Alzada 12 Señales No  
Temperatura 37.9 Frecuencia Respiratoria 64 Frecuencia Cardíaca 89  
Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

1051241012

EL -LA SUSCRITO -A Edwin Camargo IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051241012 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Corpanta, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X **ORQUIECTOMIA RADICAL** \_\_\_\_\_ **TATUADO EN OREJA** \_\_\_\_\_ **INSERCIÓN DE MICROCHIP** OTRO \_\_\_\_\_. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alaidia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA. ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En porge principal a los 29 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Edwin camargo  
c.c. 1051241012



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Edwin Ponargo identificado-a con Documento de Identidad Número 1051247072 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Chiriquita, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Pange principal, a los 29 días del mes Nov de 2015

Edwin Camargo

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 1051 247072.**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSABASUGA - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Calcutta parque principal 29-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Maria Castro

Documento de Identidad 24202350 Dirección parque principal

Teléfono 3143662448

Nombre de la mascota percas Especie femina

Edad (Meses) 8 meses Color gris

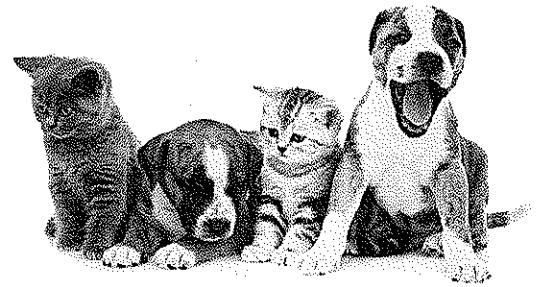
Raza Croilla Sexo H Peso 1.8

Condición Corporal 0/5 S Alzada 13 Señales No

Temperatura 39.5 Frecuencia Respiratoria 76 Frecuencia Cardíaca 90

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

24202350

EL -LA SUSCRITO -A Maria Castro IDENTIFICADO-A CON C.C. 24202350 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A. DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE percas, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO**, POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA, DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cuarta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En parque principal a los 29 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Maria Elvira Castro

C.C. 24202350



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143358206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Maria Castro identificado-a con Documento de Identidad Número 24202350 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Percas, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta paque principal, a los 29 días del mes Nov de 2025

Maria Elvia Castro S.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC** 24202350

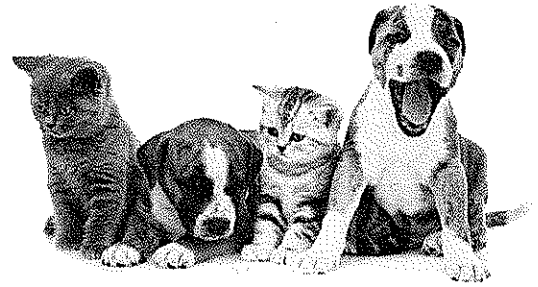


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cuata porge principal 24-Nov-2025  
Nombre y apellidos del propietario Maria Nigues  
Documento de Identidad 23276514 Dirección porge principal  
Teléfono 314512191  
Nombre de la mascota lili Especie felina  
Edad (Meses) 6 meses Color negra  
Raza Groila Sexo H Peso 2.7  
Condición Corporal 0/5 5 Alzada 20 Señales NO  
Temperatura 37.5 Frecuencia Respiratoria 69 Frecuencia Cardíaca 81  
Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
T.P. 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Maria Nigues IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276514 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE lili, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL        TATUADO EN OREJA        INSERCIÓN DE MICROCHIP        OTRO**. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Cuata** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En porge principal a los 24 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:  
FIRMA Maria Nigues  
C.C. 23276514



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3168473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Nora Nigres identificado-a con Documento de Identidad Número 23276514 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Kiki, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta Parque principal, a los 29 días del mes Nov de 2025

Maria Helena Miquez

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC** 23276514



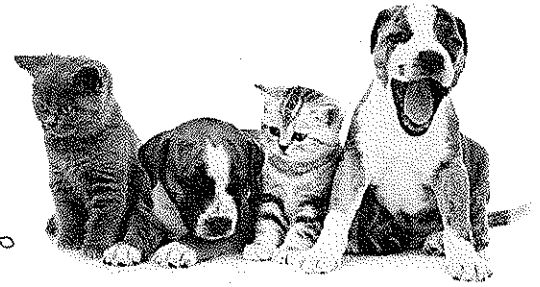
florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGUAGA - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta parque principal 29-nov-2015  
 Nombre y apellidos del propietario Luz Buitrago  
 Documento de Identidad 23276423 Dirección parque principal  
 Teléfono 3134983768  
 Nombre de la mascota Noa Especie Cornia  
 Edad (Meses) 2 años Color Cafe-blanco  
 Raza pit bull Sexo 14 Peso 16.3  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 18 Señales No  
 Temperatura 37.9 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 99  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: Cirugía de nazo  
 Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 #TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Luz Buitrago IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276423 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Noa, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO**, POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA, DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En parque principal a los 29 días del mes de Nov de 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Luz Marina Buitrago  
 C.C. 23276423



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3108473547 - 3143368206  
 FUSAGUAGA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Luz Buitrago identificado-a con Documento de Identidad Número 23226423 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Noa, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Cucuta poro principal, a los 29 días del mes Nov de 2015

Luz Marina Buitrago

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 23 276 423



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Curitiba parage principal 24-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario luz jirenez

Documento de Identidad 23276989 Dirección parage principal

Teléfono 3223315627

Nombre de la mascota Nala Especie Canino

Edad (Meses) 3 años Color Cafe-blanco

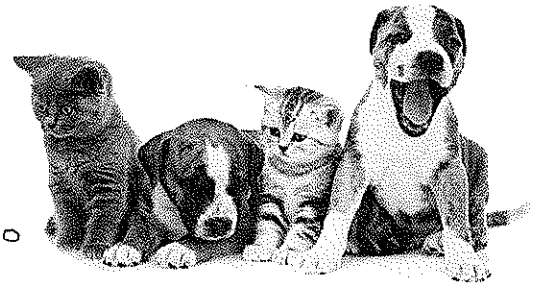
Raza Pit bull Sexo H Peso 23.7

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 17 Señales No

Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 29 Frecuencia Cardíaca 120

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: Cirugia de negro

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO(A) luz jirenez IDENTIFICADO(A) CON C.C. 23276989 ACTUANDO COMO PROPIETARIO(A) O CUIDADOR(A), DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Nala, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X **ORQUIECTOMIA RADICAL** TATUADO EN OREJA **INSERCIÓN DE MICROCHIP** OTRO. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alodia Curcio** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE,

En parage principal a los 19 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:  
FIRMA [Firma]  
C.C. 23276989



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo luz jenet identificado-a con Documento de Identidad Número 23276909 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Nola, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta parque principal, a los 29 días del mes Nov de 2025



**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 23276989**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucacha porge principal 24-Nov-2025  
 Nombre y apellidos del propietario Yenni Sierra  
 Documento de Identidad 100740607 Dirección porge principal  
 Teléfono 310218443  
 Nombre de la mascota Jeny Especie Felino  
 Edad (Meses) \_\_\_\_\_ Color Gris  
 Raza Catito Sexo M Peso 3.2  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 16 Señales No  
 Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 79 Frecuencia Cardíaca 110  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI \_\_\_\_\_ NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 #TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Yenni Sierra IDENTIFICADO-A CON C.C. 100740607 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Jeny, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucacha** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA. ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO-TRATANTE,

En porge principal a los 29 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Yenni Sierra  
 c.c. 100740607



florayfaunafundacion@gmail.com  
 TEL: 3108473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



YO Yenni Sierra identificado-a con Documento de Identidad Número 100240607 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Jerry, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Pucallpa por Yenni Sierra, a los 29 días del mes Nov de 2025

Yenni Sierra

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1002405405



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta parque principal 29-Nov-2015

Nombre y apellidos del propietario Daniela Sierra

Documento de Identidad 1002405705 Dirección parque principal

Teléfono 3702189443

Nombre de la mascota ton Especie Felino

Edad (Meses) 9 meses Color Gris

Raza Cnollo Sexo m Peso 3

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 18 Señales No

Temperatura 38.8 Frecuencia Respiratoria 74 Frecuencia Cardíaca 90

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Daniela Sierra IDENTIFICADO-A CON C.C. 1002405705 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A. DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE ton, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Bucarita** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA. ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En parque principal a los 29 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Daniela Sierra

C.C. 1002405601



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Daniela Sierra identificado-a con Documento de Identidad Número 1002405607 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Ton, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta parque principal, a los 29 días del mes Nov de 2025

Daniela Sierra

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1002405607



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSASUGA - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta porge principal 28-Nov-2015

Nombre y apellidos del propietario Rocio Garcia

Documento de Identidad 1002405670 Dirección porge principal

Teléfono 313355410

Nombre de la mascota Corela Especie Canina

Edad (Meses) 3 años Color Cafe

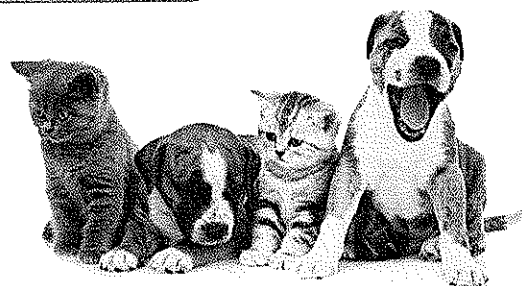
Raza Cholla Sexo H Peso 5.9

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 20 Señales No

Temperatura 37.9 Frecuencia Respiratoria 20 Frecuencia Cardíaca 114

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Rocio Garcia IDENTIFICADO-A CON C.C. 1002405670 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Corela, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X **ORQUIECTOMIA RADICAL** \_\_\_\_\_ **TATUADO EN OREJA** \_\_\_\_\_ **INSERCIÓN DE MICROCHIP** \_\_\_\_\_ **OTRO** \_\_\_\_\_. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL **ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A **LA INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En porge principal a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Rocio Garcia

C.C. 1002405670



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Rocio Garcia identificado-a con Documento de Identidad Número 1002403670 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Conela, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta porje principal, a los 29 días del mes Nov de 2021

Rocio Garcia

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC** 1002403670.



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cocaita parque principal 29-nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Jorge Alalora

Documento de Identidad 7163563 Dirección parque principal

Teléfono 3105673789

Nombre de la mascota Teus Especie Corino

Edad (Meses) 1 año Color negro

Raza pincher Sexo M Peso 2.2

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 16 Señales No

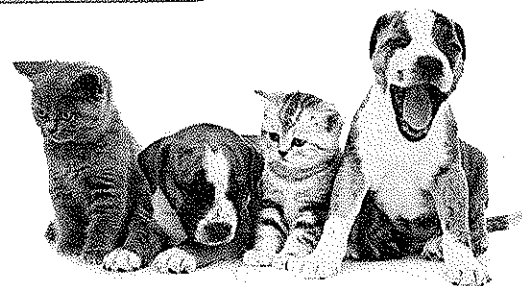
Temperatura 38 Frecuencia Respiratoria 69 Frecuencia Cardíaca 110

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No

Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:



OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
T.P. 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO-A Jorge Alalora IDENTIFICADO-A CON C.C. 7163563 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Teus, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alalora Corino DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En parque principal a los 29 días del mes de nov del 2025

EL PROPIETARIO:  
FIRMA Jorge Alalora  
C.C. 7163563



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Jorge Abbara identificado-a con Documento de Identidad Número 7163868 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Zeus, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cuarto mayor principal, a los 29 días del mes Nov de 2025

Jorge Abbara

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**  
CC 7163568



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FOSAGASUGA - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Paige principal 29-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Viviana Garcia

Documento de Identidad 1051240103 Dirección Paige principal

Teléfono 3233201019

Nombre de la mascota Mayu Especie Canina

Edad (Meses) 8 meses Color Blanco

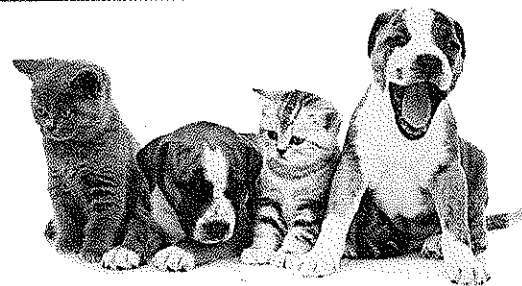
Raza Cholla Sexo H Peso 3.7

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 20 Señales No

Temperatura 37.9 Frecuencia Respiratoria 64 Frecuencia Cardíaca 98

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P. 23394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

1051240103

EL/LA SUSCRITO-A Viviana Garcia IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051240103 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Mayu, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X **ORQUIECTOMIA RADICAL** TATUADO EN OREJA **INSERCIÓN DE MICROCHIP** OTRO **INSERCIÓN DE MICROCHIP** OTRO, POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paige principal a los 29 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Viviana G.

c.c. 1051240103



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Viviana Garcia identificado-a con Documento de Identidad Número 1051240103 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Maya, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Puerto Parí Parque principal, a los 29 días del mes Nov de 2015

Viviana G.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**  
CC 1051 240 103



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucara paige principal 29-Nov-2015

Nombre y apellidos del propietario Maria Suza

Documento de Identidad 23276764 Dirección paige principal

Teléfono 3212498971

Nombre de la mascota Molly Especie Canina

Edad (Meses) 2 años Color Amarillo

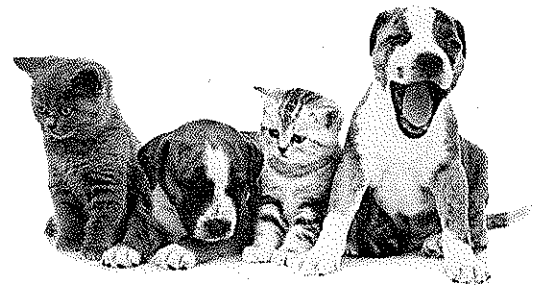
Raza Cnolla Sexo H Peso 7.8

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 19 Señales No

Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 62 Frecuencia Cardíaca 89

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Maria Suza IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276764 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Molly, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO**, POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Cucara DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA. ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En paige principal a los 29 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Maria Suza

C.C. 23276764



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473647 - 3143368206  
FUSAGUÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Maria Soza identificado-a con Documento de Identidad Número 23276764 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Molly, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Barra porge principal, a los 24 días del mes Nov de 2023

Maria Ines Soza

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 23276764



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3189473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Ciudad Parque principal 29-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Marta Bastidas

Documento de Identidad 23277006 Dirección Parque principal

Teléfono 3112013379

Nombre de la mascota Rebeca Especie Felina

Edad (Meses) 2 años Color Gris

Raza Ciolla Sexo H Peso 2.5

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 13 Señales N/A

Temperatura 38.5 Frecuencia Respiratoria 76 Frecuencia Cardíaca 98

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: N/A



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Marta Bastidas IDENTIFICADO-A CON C.C. 23277006 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Rebeca, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO, POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alaldis Cuarta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL **ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Parque principal a los 29 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Marta Bastidas

c.c. 23277006



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368286  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Martha Baudiz identificado-a con Documento de Identidad Número 23273006 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Rebeca, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Cucuta porge principal, a los 29 días del mes Nov de 2015

Martha Baudiz

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 23273006



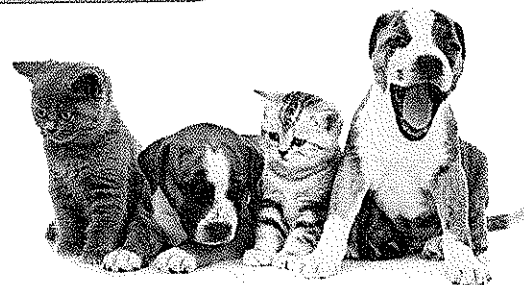
florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Bogotá Paque principal 26-Nov-2025  
 Nombre y apellidos del propietario Dayara Echeverría  
 Documento de Identidad 1051240034 Dirección Paque principal  
 Teléfono 3213524509  
 Nombre de la mascota lulu Especie felina  
 Edad (Meses) 15 años Color negro  
 Raza Gatita Sexo H Peso 4.6  
 Condición Corporal 4 Alzada 30 Señales No  
 Temperatura 37.5 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 110  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
 T.P 93394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Dayara Echeverría IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051240034 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE lulu, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO** POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA, DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alodia Cuatrecasas** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paque principal a los 26 días del mes de NOV del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Dayara Echeverría  
 c.c. 1051240034



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Dayana Echeverría identificado-a con Documento de Identidad Número 1051240034 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Wally, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Ciudad Páez principal, a los 23 días del mes Nov de 2015

Dayana Echeverría

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1051240034.



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucinda Parí principal 10-Nov-2021

Nombre y apellidos del propietario José López

Documento de Identidad 7774443 Dirección Parí principal

Teléfono 3124652944

Nombre de la mascota Coro Especie Felino

Edad (Meses) 8 meses Color Pardo

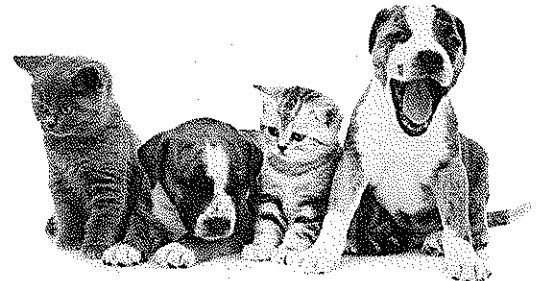
Raza Orino Sexo M Peso 4.2

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 14 Señales No

Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 90 Frecuencia Cardíaca 90

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A

T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL LA SUSCRITO A José López IDENTIFICADO A CON C.C. 7774443 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Coro, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** **INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO** POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESIA, ANESTESIA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Aldia Cucinda DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Parí principal a los 10 días del mes de Nov del 2021

EL PROPIETARIO:

FIRMA José López

C.C. 7057240228



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3180473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo José Lopez identificado-a con Documento de Identidad Número 7724443 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Lois, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Cucuta Parque principal, a los 20 días del mes Abril de 2011

Prof. Le R. H. B.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 7057240228



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cúcuta Paque principal 28-nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Maria Sierra

Documento de Identidad 23276462 Dirección Paque principal

Teléfono 3207731165

Nombre de la mascota lna Especie Cornia

Edad (Meses) 3 meses Color Negro-anillo

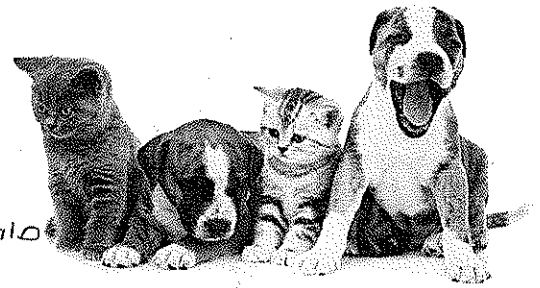
Raza Crota Sexo H Peso 12.4

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 36 Señales No

Temperatura 39.8 Frecuencia Respiratoria 39 Frecuencia Cardíaca 98

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Maria Sierra IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276462 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A. DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE lna, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** ☒ **ORQUIECTOMIA RADICAL** ☐ **TATUADO EN OREJA** ☐ **INSERCIÓN DE MICROCHIP** ☐ **OTRO** ☐. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cúcuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paque principal a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Maria Sierra

c.c. 23276462



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368286  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Mara Jenny identificado-a con Documento de Identidad Número 23276462 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre lma, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Pange principal Ciudad, a los 28 días del mes Nov de 2025

Mara Sierra

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 23276462



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Quindía Paríce principal

Nombre y apellidos del propietario Elizabeth Nino

Documento de Identidad 1051740376 Dirección Paríce principal

Teléfono 318 66 838 94

Nombre de la mascota Begith Especie Felino

Edad (Meses) 11 meses Color Gris-blanco

Raza Criollo Sexo M Peso 37

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 13 Señales No

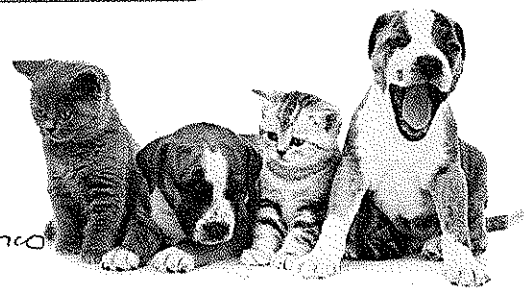
Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 76 Frecuencia Cardíaca 99

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos:

Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:



OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Elizabeth Nino IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051740376 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Begith, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMIA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Quindía** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA. ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paríce principal a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:  
FIRMA [Firma]  
c.c. 1051240376



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Elizabeth Arbo identificado-a con Documento de Identidad Número 1051240376 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Beyeth, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Ciudad Paipa principal, a los 28 días del mes Nov de 2011

[Firma]

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**  
CC 1051240376



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Guacota Parí principal 18-Nov-2015

Nombre y apellidos del propietario luz para

Documento de Identidad 4035435 Dirección parí principal

Teléfono 3102502696

Nombre de la mascota luz Especie Cornia

Edad (Meses) 2 mos Color Blanca-gris

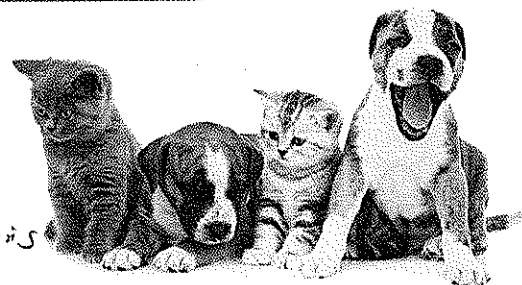
Raza Golla Sexo H Peso 207

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 38 Señales No

Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 22 Frecuencia Cardíaca 98

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A luz para IDENTIFICADO-A CON C.C. 4035435 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE luz, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Guacota** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En parí principal a los 18 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA luz para

C.C. 4035435



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo luz parra identificado-a con Documento de Identidad Número 4033 435 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre luz, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Cuidado parre principal, a los 26 días del mes Nov de 2021

luz ney parra

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 570035435



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Paraje principal 28-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Dora Para

Documento de Identidad 52391762 Dirección Paraje principal

Teléfono 3207398639

Nombre de la mascota isi Especie felina

Edad (Meses) 1 año Color tricolor

Raza Cholla Sexo H Peso 2

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 16 Señales No

Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 114

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos:

Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Dora Para IDENTIFICADO-A CON C.C. 52391762 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE isi, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alvaldia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL **ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paraje principal a los 20 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Dora Para

C.C. 52391762



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Dora Parra identificado-a con Documento de Identidad Número 52397762 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Isi, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Ciudad Parí principal, a los 28 días del mes Nov de 2021

Dora Parra

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 52397762



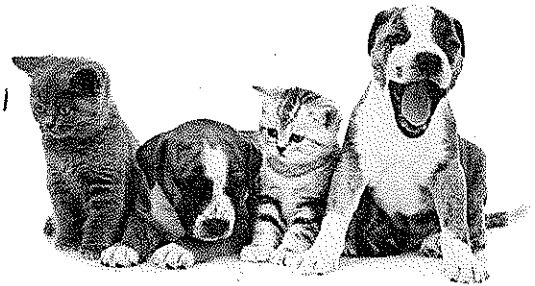
florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Guadalupe Parque principal  
 Nombre y apellidos del propietario Eliona Miguez  
 Documento de Identidad 33369002 Dirección Parque principal  
 Teléfono 3702458124  
 Nombre de la mascota lua Especie Corno  
 Edad (Meses) 24 meses Color Amarillo  
 Raza Grolier Sexo H Peso 2.8  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 19 Señales No  
 Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 62 Frecuencia Cardíaca 110  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Eliona Miguez IDENTIFICADO-A CON C.C. 33369002 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE lua, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alodia Guata DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Parque principal a los 20 días del mes de Nov del 2021

EL PROPIETARIO:

FIRMA Eliona Miguez  
 c.c. 33369002



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143369206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Eliona Miguez identificado-a con Documento de Identidad Número 33369002 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Luca, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta Paraje principal, a los 28 días del mes Nov de 2025

Eliona Miguez

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 33369002

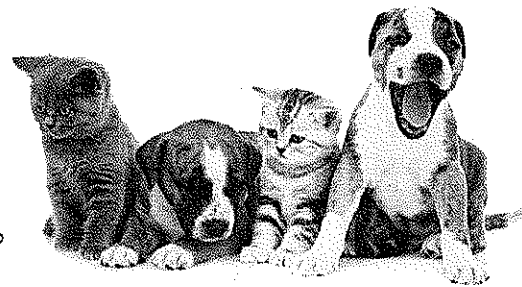


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSASUGA - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Quilista Parque Principal 28-Nov-2015  
Nombre y apellidos del propietario Delfina Miges  
Documento de Identidad 23276352 Dirección Parque Principal  
Teléfono 3134102627  
Nombre de la mascota Pirreña Especie Perro  
Edad (Meses) 8 meses Color Grn-negro  
Raza Cholla Sexo H Peso 3.3  
Condición Corporal 0/5 4 Alzada 12 Señales No  
Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 72 Frecuencia Cardíaca 98  
Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
Antecedentes Patológicos: No



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Delfina Miges IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276352 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Pirreña, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO**. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alaidia Quista DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Parque Principal a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Delfina Miges

c.c. 23276352



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368266  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Delfina Miguez identificado-a con Documento de Identidad Número 23276352 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Pineja, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cuarta parte principal, a los 23 días del mes Nov de 2025

Delfina Miguez

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 23276352**

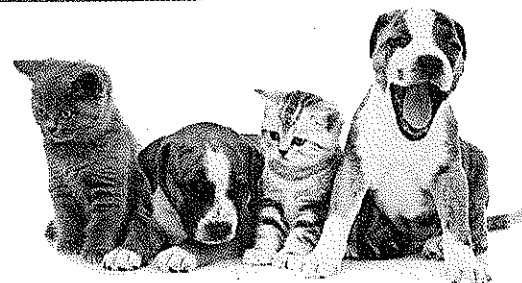


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Quindío porje principal 28-Nov-2025  
 Nombre y apellidos del propietario Delfina Nieves  
 Documento de Identidad 23276352 Dirección porje principal  
 Teléfono 3134102627  
 Nombre de la mascota Pinejo Especie Felino  
 Edad (Meses) 8 meses Color gris  
 Raza Criollo Sexo M Peso 3.3  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 13 Señales No  
 Temperatura 38.8 Frecuencia Respiratoria 29 Frecuencia Cardíaca 88  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: no



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Delfina Nieves IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276352 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Pinejo, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcidia Cuarta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En porje principal a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Delfina Nieves  
 C.C. 23276352



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Delfina Nieves identificado-a con Documento de Identidad Número 23527652 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre prince, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en poise principal, a los 26 días del mes Nov de 2015

Delfina Nieves L.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC. 23276352**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Parag principal 20-Nov-2023

Nombre y apellidos del propietario Barbara Varegas

Documento de Identidad 23276349 Dirección Parag principal

Teléfono 3223075598

Nombre de la mascota Honiga Especie Perro

Edad (Meses) 1 año Color Blanco negro

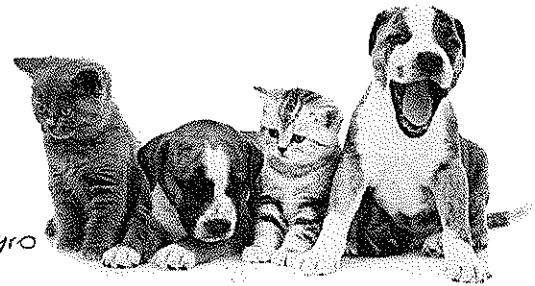
Raza Cholla Sexo H Peso 2.4

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 12 Señales No

Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 119

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Barbara Varegas IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276349 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Honiga, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X **ORQUIECTOMIA RADICAL** \_\_\_\_\_ **TATUADO EN OREJA** \_\_\_\_\_ **INSERCIÓN DE MICROCHIP** \_\_\_\_\_ **OTRO** \_\_\_\_\_. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alalodia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL **ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Parag principal a los 20 días del mes de Nov del 2023

EL PROPIETARIO:

FIRMA [Firma]

C.C. 23276349



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3168473547 - 3143368206  
FUSASUGA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Barbara Varegas identificado-a con Documento de Identidad Número 2322649 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Hormiga, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Cucuta Paye principal, a los 28 días del mes Nov de 2021

[Firma]

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 83 216 349



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Quindío Parí principal 28-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Yeny Echeverría

Documento de Identidad 1002405439 Dirección Parí principal

Teléfono 3232385810

Nombre de la mascota lechuga Especie felina

Edad (Meses) 1.5 años Color tricolor

Raza Gatita Sexo H Peso 3.2

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 16 Señales No

Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 74 Frecuencia Cardíaca 98

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos:

Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:



OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
T.P. 03284

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Yeny Echeverría IDENTIFICADO-A CON C.C. 1002405439 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE lechuga, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL \_\_\_\_\_ TATUADO EN OREJA \_\_\_\_\_ INSERCIÓN DE MICROCHIP \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_. POR LA PRESENTE DECLARO Y RECONOZCO HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA, DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, ACEPTO CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcides Cuervo DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Parí principal a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Yeny Echeverría

C.C. 1002405439



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGUAGA - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Yeny Echeverría identificado-a con Documento de Identidad Número 1007401439 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre lechuga, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Guaita Parra principal, a los 28 días del mes Nov de 2021

Yeny Carolina Echeverría J.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1002405439.



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Ciudad Paigre principal 28-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Maria Tiracative

Documento de Identidad 1051240191 Dirección paigre principal

Teléfono 3124027985

Nombre de la mascota Condy Especie Canino

Edad (Meses) 3 meses Color Cafe

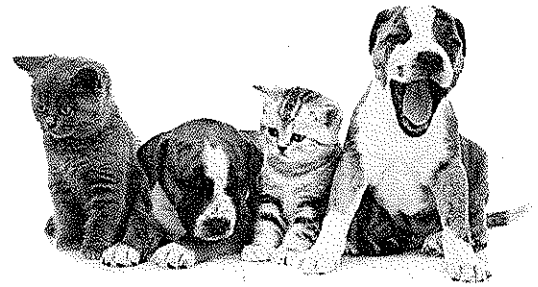
Raza Piolla Sexo H Peso 4.6

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 16 Señales No

Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 78 Frecuencia Cardíaca 110

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
12032004

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Maria Tiracative IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051240191 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Condy, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Ciudad** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paigre principal a los 28 días del mes de Nov de 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Maria Tiracative

C.C. 1051240191



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143358206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Maria Trivatore identificado-a con Documento de Identidad Número 1057240797 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Londy, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta porge principal, a los 28 días del mes Nov de 2025

Maria Trivatore

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC4057240797**



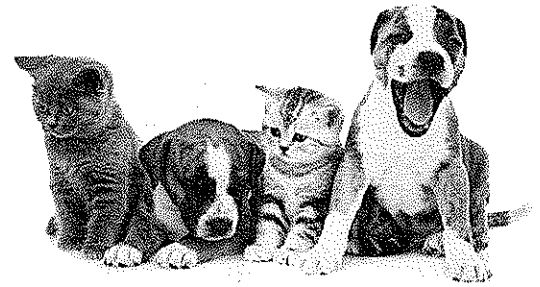
florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha BOGOTÁ Páye principal 28-Nov-2015  
Nombre y apellidos del propietario Sandra Conrejo  
Documento de Identidad 1007357613 Dirección Páye principal  
Teléfono 3115650334  
Nombre de la mascota Poseido Especie Felino  
Edad (Meses) 3 años Color negro  
Raza Gato Sexo M Peso 3.4  
Condición Corporal 0/5 5 Alzada 16 Señales N/A  
Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 62 Frecuencia Cardíaca 98  
Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
Antecedentes Patológicos: N/A



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

1007357613

EL/LA SUSCRITO-A Sandra Conrejo IDENTIFICADO-A CON C.C. 1007357613 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Poseido, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alaidia Cuentera** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Páye principal a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Sandra Conrejo  
c.c. 1007357613



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3108473547 - 3143368206  
FUSASABUGA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Sandra Congrejo identificado-a con Documento de Identidad Número 1007357613 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Parador, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta Dpto. Cesar, a los 28 días del mes Nov de 2025

Sandra Congrejo

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**  
**CC 1007357613**

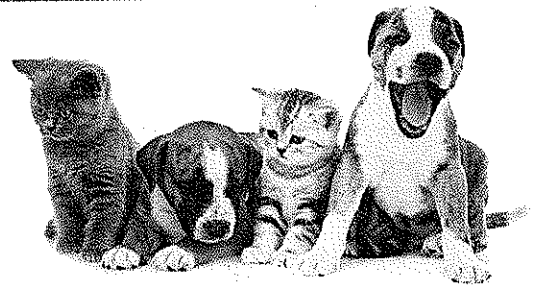


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSASASUGA - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Guadalupe Parícuti 28-Nov-2025  
 Nombre y apellidos del propietario Astid Parícuti  
 Documento de Identidad 37771204 Dirección Parícuti  
 Teléfono 37771204  
 Nombre de la mascota Malu Especie Catrina  
 Edad (Meses) 2 años Color negro  
 Raza Chella Sexo H Peso 8.8  
 Condición Corporal 0/5 5 Alzada 38 Señales No  
 Temperatura 38 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 99  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: N/A



Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
 T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 #TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Astid Parícuti IDENTIFICADO-A CON C.C. 37771204 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Malu, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO, POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA, DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Guadalupe** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Parícuti a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO: [Firma]  
 FIRMA: [Firma]  
 C.C. 37771204 B. Monge



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368208  
 FUSAGUAGA - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Astrod Parra identificado-a con Documento de Identidad Número 5771104 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Malu, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucarla porce principal, a los 28 días del mes Nov de 2025

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 37 721.204 B/men ga



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Bucaria Vereda pijuos 28-nov-2023

Nombre y apellidos del propietario Rosa Alvarado

Documento de Identidad 1094605524 Dirección Vereda pijuos

Teléfono 3133658012

Nombre de la mascota Paloma Especie Canina

Edad (Meses) 5 meses Color Blanca

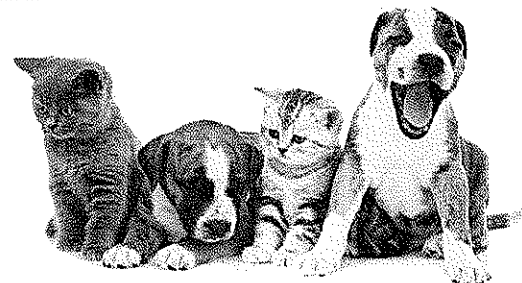
Raza Chilla Sexo H Peso 9.5

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 15 Señales N/A

Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 69 Frecuencia Cardíaca 79

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: N/A



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO

MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A

T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.

#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Rosa Alvarado IDENTIFICADO-A CON C.C. 1094605524 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Paloma, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Bucaria DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijuos a los 28 días del mes de Nov del 2023

EL PROPIETARIO:

FIRMA

C.C.

florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Rosa Alvarado identificado-a con Documento de Identidad Número 1049605524 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Paloma, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vereda piquas, a los 28 días del mes Abr de 2021

Rosa Alvarado  
NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO

CC 4041430 enventar



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cocota Vreda pijuos 28-nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Edilma Cortador

Documento de Identidad 1051240755 Dirección Vreda pijuos

Teléfono 3125720638

Nombre de la mascota Catalaya Especie Canina

Edad (Meses) 1.8 años Color negra

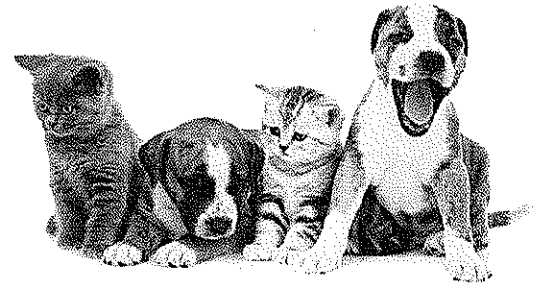
Raza Ciolla Sexo H Peso 12.8

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 36 Señales N/A

Temperatura 39.1 Frecuencia Respiratoria 69 Frecuencia Cardíaca 110

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: N/A



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Edilma Cortador IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051240755 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Catalaya. CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcidia Queta DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vreda pijuos a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Edilma Cortador

C.C. 1051240755



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3108473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Edilma Cortado identificado-a con Documento de Identidad Número 1051240755 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Cotaleya, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Vereda Pijuos, a los 28 días del mes Nov de 2021

Edilma Cortado

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 1051240755**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3198473547 - 3143368206  
FUSASASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuita Vereda pijuos 28-Nov-2020

Nombre y apellidos del propietario Diana GRI

Documento de Identidad 1051240588 Dirección Vereda pijuos

Teléfono 3122658480

Nombre de la mascota luna Especie Canina

Edad (Meses) 8 meses Color Blanco negro

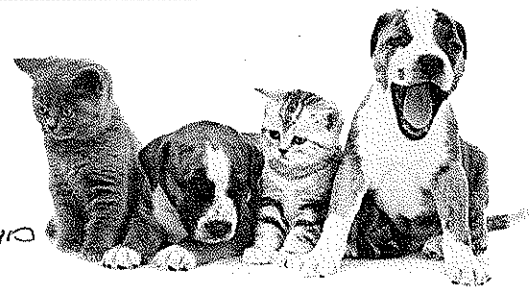
Raza Ciolla Sexo H Peso 3.6

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 13 Señales Nb

Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 68 Frecuencia Cardíaca 89

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: Nb



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Diana GRI IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051240588 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE luna, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuita** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijuos a los 20 días del mes de nov del 2020

EL PROPIETARIO:

FIRMA Diana GRI  
C.C. 1051240588



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Diana Gil identificado-a con Documento de Identidad Número 1051240368 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre lma, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Vereda Piquos, a los 23 días del mes Nov de 2025

Diana Maylen Gil

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 1051240368**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cocota Vereda Pijao 28 Nov 2021  
 Nombre y apellidos del propietario Marco Castrillo  
 Documento de Identidad 6751926 Dirección Vereda Pijao  
 Teléfono 3102781334  
 Nombre de la mascota Mineca Especie Felina  
 Edad (Meses) 4 años Color Tricolor  
 Raza Ciolla Sexo H Peso 4.2  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 13 Señales No  
 Temperatura 38.5 Frecuencia Respiratoria 29 Frecuencia Cardíaca 102  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 #TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Marco Castrillo IDENTIFICADO-A CON C.C. 6751926 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Mineca, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alaidia Cuadra** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ÁBSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS, ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda Pijao a los 28 días del mes de Nov del 2021

EL PROPIETARIO:  
 FIRMA Marco Castrillo  
 C.C. 6751926



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368286  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Mario Castillo identificado-a con Documento de Identidad Número 6751926 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Mishca, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vereda Pijao, a los 28 días del mes Nov de 2023

Mario Castillo

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 6751926



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Barranquilla Vereda Piquo 28-Nov-2021

Nombre y apellidos del propietario Leidy Rubio

Documento de Identidad 1010092397 Dirección Vereda

Teléfono 3135601200

Nombre de la mascota Pierola Especie Felino

Edad (Meses) 7 meses Color Blanco-Amarillo

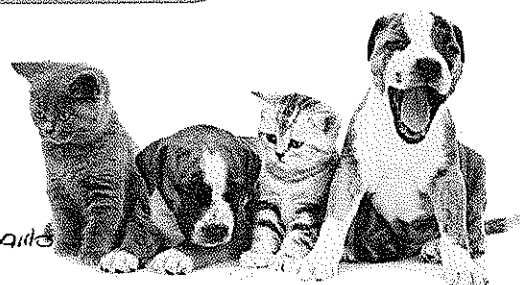
Raza Gatillo Sexo H Peso 21

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 12 Señales No

Temperatura 38.2 Frecuencia Respiratoria 79 Frecuencia Cardíaca 89

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO

MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A

T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.

# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Leidy Rubio IDENTIFICADO-A CON C.C. 1010092397 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Pierola, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Almalda Cuida DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda Piquo a los 28 días del mes de Nov del 2021

EL PROPIETARIO  
FIRMA Leidy Rubio  
C.C. 1010092397



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Leidy Rubio identificado-a con Documento de Identidad Número 1000092397 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Prenosa, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Vereda Pajaro, a los 22 días del mes Nov de 2025

Leidy Rosio Rubio GL

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1000092397

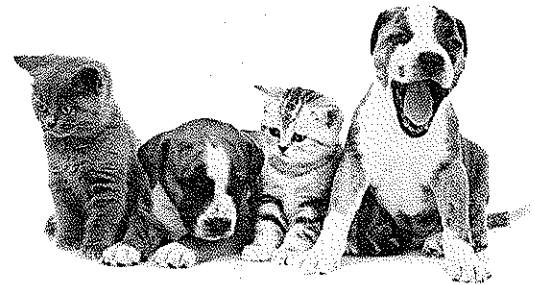


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucorla Vereda pijao 28-nov-2015  
 Nombre y apellidos del propietario Laura Lopez  
 Documento de Identidad 10500964039 Dirección Vereda pijao  
 Teléfono 3227064027  
 Nombre de la mascota Milo Especie Canino  
 Edad (Meses) 9 meses Color late  
 Raza Chollo Sexo M Peso 12.4  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 38 Señales No  
 Temperatura 38 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 98  
 Exámenes Prequirúrgicos: Si NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Laura Lopez IDENTIFICADO-A CON C.C. 10500964039 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Milo, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA, DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alaidia Cucorla DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijao a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:  
 FIRMA Laura Lopez  
 C.C. 10500964039



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143360206  
 FUSACASUGA - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Laura Lopez identificado-a con Documento de Identidad Número 1050096439 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Milo, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vereda Piquos, a los 78 días del mes Nov de 2013

Laura Sofia Lopez Niño

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 1050096439.**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucacha Vereda Pijao - 28-Nov-2021

Nombre y apellidos del propietario luz niño

Documento de Identidad 23276993 Dirección Vereda Pijao

Teléfono 3122121847

Nombre de la mascota Barbillas Especie Coña

Edad (Meses) 1 año Color Mancha Hot

Raza Ciolla Sexo H Peso 5.4

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 18 Señales No

Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 79 Frecuencia Cardíaca 86

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A luz niño IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276993 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Barbilla CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** ☒ **ORQUIECTOMIA RADICAL** ☐ **TATUADO EN OREJA** ☐ **INSERCIÓN DE MICROCHIP** ☐ **OTRO** ☐ POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alvaldia Cucacha** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijao a los 28 días del mes de Nov del 2021

EL PROPIETARIO:

FIRMA Luz Morna Niño  
C.C. 23276993



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188673547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo luz niño identificado-a con Documento de Identidad Número 23226993 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Babilus, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Vereda pijuas, a los 78 días del mes Nov de 2025

Luz Maninaniño

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 23246993



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta vereda pijaos 28-Nov-2021

Nombre y apellidos del propietario Tatiana Rodriguez

Documento de Identidad 1051241118 Dirección Vereda Pijaos

Teléfono 3133209592

Nombre de la mascota Poncha Especie Felina

Edad (Meses) 4 meses Color Blanco-negro

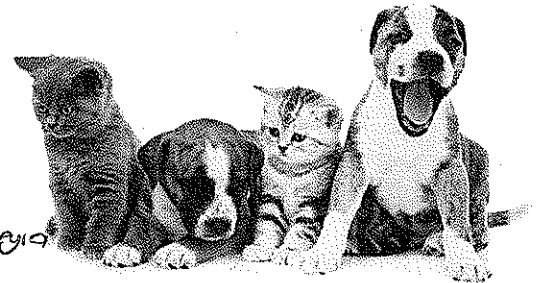
Raza Gatillo Sexo H Peso 1.2

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 12 Señales No

Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 120

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Tatiana Rodriguez IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051241118 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Poncha, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** ☒ **ORQUIECTOMIA RADICAL** ☐ **TATUADO EN OREJA** ☐ **INSERCIÓN DE MICROCHIP** ☐ **OTRO** ☐ POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESIA, ANESTESIA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijaos a los 28 días del mes de Nov del 2021

EL PROPIETARIO:

FIRMA Tatiana Rodriguez

C.C. 1051241118



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Tatiana Rodriguez identificado-a con Documento de Identidad Número 105124178 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Pocha, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vereda Pijao, a los 28 días del mes Nov de 2025

Tatiana Rodriguez

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 1051241778**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Vereda Pijao 28-Nov-2025  
 Nombre y apellidos del propietario Berta Niño  
 Documento de Identidad 23276584 Dirección Vereda Pijao  
 Teléfono 3114900177  
 Nombre de la mascota Noche Especie Felina  
 Edad (Meses) 4 meses Color negro  
 Raza Gatillo Sexo H Peso 1.4  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 13 Señales No  
 Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 72 Frecuencia Cardíaca 96  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
 T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Berta Niño IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276584 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Noche, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO. POR LA PRESENTE DECLARO Y RECONOZCO HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, ACEPTO CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Cucuta DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda Pijao a los 18 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:  
 FIRMA Berta Niño  
 C.C. 23.276.584



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Berta Nino identificado-a con Documento de Identidad Número 23276584 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Moche, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Varadero Pinar, a los 23 días del mes Nov de 2015

Berta Nino Babelero. cct 231276584

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC**

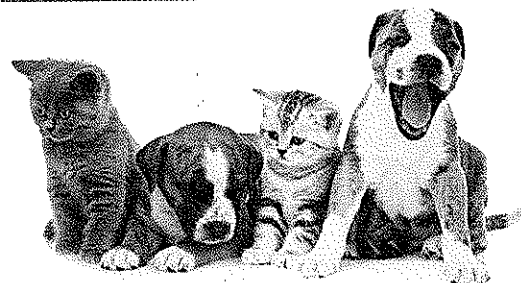


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Vereda pijao 28-Nov-2023  
 Nombre y apellidos del propietario Ana Ramirez  
 Documento de Identidad 40049336 Dirección Vereda pijao  
 Teléfono 3132491007  
 Nombre de la mascota Mona Especie Felina  
 Edad (Meses) 3 años Color Negra  
 Raza Catla Sexo H Peso 1s  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 15 Señales Nlo  
 Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 78 Frecuencia Cardíaca 89  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: Nlo



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
 T.P. 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Ana Ramirez IDENTIFICADO-A CON C.C. 40049336 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Mona, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X **ORQUIECTOMIA RADICAL** TATUADO EN OREJA **INSERCIÓN DE MICROCHIP** OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA. ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.  
 En Vereda pijao a los 28 días del mes de Nov del 2023

EL PROPIETARIO:

FIRMA Ana Ramirez

C.C. 40049336



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGUAGA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Ana Rojaret identificado-a con Documento de Identidad Número 1004 9336 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Mona, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vereda Piquos, a los 28 días del mes Nov de 2025

Ana Lucía Rojaret C

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 40049336**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Quila vereda Pijao 28-Nov-2025  
 Nombre y apellidos del propietario Edehira Contador  
 Documento de Identidad 105124116 Dirección Vereda pijao  
 Teléfono 312140175  
 Nombre de la mascota Piniwa Especie Canina  
 Edad (Meses) 3 años Color negra  
 Raza Cholla Sexo 14 Peso 11.2  
 Condición Corporal 0/5 5 Alzada 39 Señales No  
 Temperatura 37.7 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 99  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NOX  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
 T.P. 03394  
 NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Edehira Contador IDENTIFICADO-A CON C.C. 105124116 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Piniwa CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO** POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Quila DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijao a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Edehira C.

C.C. 105124116



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143369206  
 FUSAGUAGA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Edelma Cortador identificado-a con Documento de Identidad Número 1051241116 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Pirreña, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Vereda pijuas, a los 28 días del mes Nov de 2015

Edelma Cortador Pineda

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1051241116

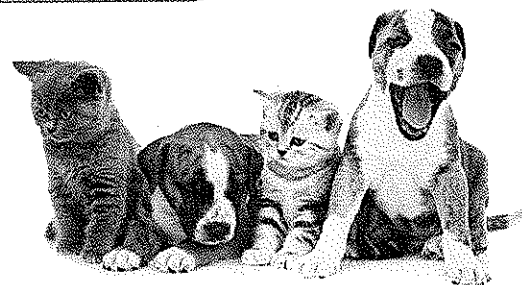


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cocorila Vereda pijuos 28-nov-2025  
 Nombre y apellidos del propietario Ange Pachon  
 Documento de Identidad 1014217806 Dirección Vereda pijuos  
 Teléfono 3222607610  
 Nombre de la mascota Mureca Especie Canina  
 Edad (Meses) 4 meses Color Ardilla  
 Raza Ciolla Sexo H Peso 7.1  
 Condición Corporal 0/5 S Alzada 22 Señales N  
 Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 111  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: N



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Ange Pachon IDENTIFICADO-A CON C.C. 1014217806 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Mureca, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO** POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO. ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaidia Cuadra** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijuos a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:  
 FIRMA Ange Pachon  
 C.C. 1014217806



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGUAGA - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Ange Pachon identificado-a con Documento de Identidad Número 1014217806 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Misera, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vieda piños, a los 23 días del mes Nov de 2025

Ange Carolina Pachon

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1.014.217806

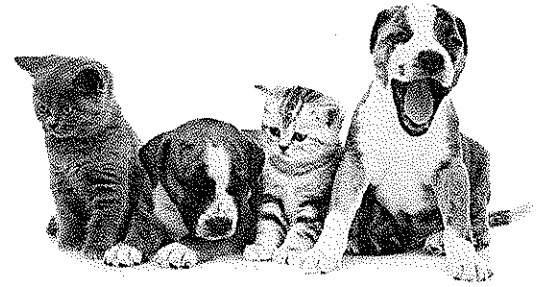


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Vereda pijo 28. Nov-2028  
Nombre y apellidos del propietario Alejandra Sierra  
Documento de Identidad 104964019 Dirección Vereda pijo  
Teléfono 3103165278  
Nombre de la mascota Mirango Especie felino  
Edad (Meses) 1 año Color Tricolor  
Raza Gatto Sexo M Peso 4  
Condición Corporal 0/5 S Alzada 18 Señales No  
Temperatura 38.8 Frecuencia Respiratoria 29 Frecuencia Cardíaca 89  
Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Alejandra Sierra IDENTIFICADO-A CON C.C. 104964019 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Mirango, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO OTRO. POR LA PRESENTE DECLARO Y RECONOZCO HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, ACEPTO CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alejandra Sierra DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijo a los 28 días del mes de Nov del 2028

EL PROPIETARIO:

FIRMA Alejandra Sierra

C.C. 104964019



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Alejandra Sierra identificado-a con Documento de Identidad Número 1019641519 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Mingo, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vieda Pijao, a los 28 días del mes Nov de 2015

Alejandra Sierra Nieto

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1049641519



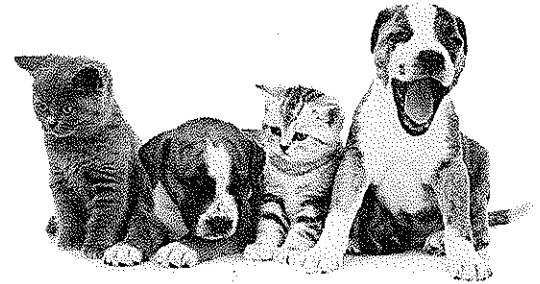
florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Vereda pijo 28-nov-2011  
Nombre y apellidos del propietario Danna Lopez  
Documento de Identidad 1077084696 Dirección Vereda pijo  
Teléfono 3133113880  
Nombre de la mascota Motas Especie Felino  
Edad (Meses) 5 meses Color Blanco  
Raza Chorro Sexo M Peso 2.2  
Condición Corporal 0/5 4 Alzada 16 Señales No  
Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 99  
Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Danna Lopez IDENTIFICADO-A CON C.C. 1077084696 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Motas, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.  
En Vereda pijo a los 28 días del mes de Nov del 2011

EL PROPIETARIO:  
FIRMA Danna Lopez  
c.c. 1077084696



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGUAGA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Danna López identificado-a con Documento de Identidad Número 1012084696 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Motas, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vereda Pijao, a los 28 días del mes Nov de 2021

Danna López

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1077084696

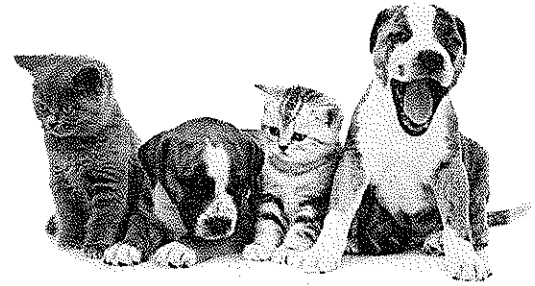


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3189473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucinda Paraje principal 28-nov-2025  
 Nombre y apellidos del propietario Mariona Albarasin  
 Documento de Identidad 1051740163 Dirección Paraje principal  
 Teléfono 3046381916  
 Nombre de la mascota Pelusa Especie Corno  
 Edad (Meses) 9 meses Color \_\_\_\_\_  
 Raza Cholla Sexo H Peso \_\_\_\_\_  
 Condición Corporal 0/5 \_\_\_\_\_ Alzada \_\_\_\_\_ Señales \_\_\_\_\_  
 Temperatura \_\_\_\_\_ Frecuencia Respiratoria \_\_\_\_\_ Frecuencia Cardíaca \_\_\_\_\_  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Antecedentes Patológicos: \_\_\_\_\_



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Mariona Albarasin IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051740163 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE pelusa, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ☒ ORQUIECTOMIA RADICAL ☐ TATUADO EN OREJA ☐** INSERCIÓN DE MICROCHIP ☐ OTRO ☐. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Cucinda DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paraje principal a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:  
 FIRMA: [Firma]  
 C.C. 1051740163



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSCASUGA - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Mariana Albarracín identificado-a con Documento de Identidad Número 1051240165 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Pelusa, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Lucena Parque principal, a los 23 días del mes Nov de 2025

Mariana Valentina Albarracín

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1051240165



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucinda Paraje principal 28-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Oliver Danilo

Documento de Identidad 9371834 Dirección Paraje principal

Teléfono 3213089929

Nombre de la mascota Pineja Especie Canino

Edad (Meses) 4 meses Color negro

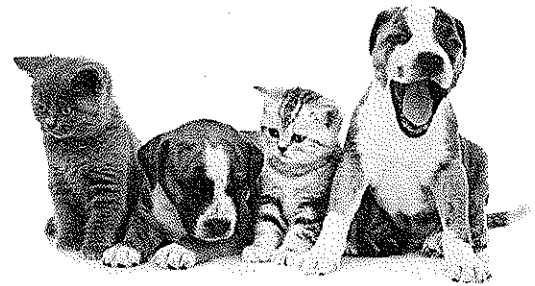
Raza Cholla Sexo H Peso 7.4

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 15 Señales No

Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 69 Frecuencia Cardíaca 98

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Oliver Danilo IDENTIFICADO-A CON C.C. 9371834 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Pineja, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alaidia Cuervo DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paraje principal a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:  
FIRMA Oliver Danilo  
C.C. 9371834



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Oranis Dorla identificado-a con Documento de Identidad Número 1321824 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Pirreya, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Dorote principal Cucuruta, a los 28 días del mes Nov de 2015

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**  
CC



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FOSRAGASUGA - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Pange principal 28-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Jorge Espitia

Documento de Identidad 74182348 Dirección Pange principal

Teléfono 3114480937

Nombre de la mascota Mochis Especie Cornia

Edad (Meses) 7 meses Color Manilla

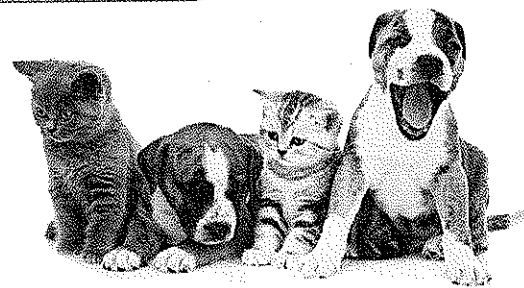
Raza Ciolla Sexo H Peso 9.1

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 38 Señales No

Temperatura 37.5 Frecuencia Respiratoria 79 Frecuencia Cardíaca 110

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.

T.P. 02264

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

74182348

EL/LA SUSCRITO-A Jorge Espitia IDENTIFICADO-A CON C.C. 74182348 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Mochis. CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA, DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alodia Girona** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE,

En Pange principal a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA

C.C.

Jorge Espitia  
74182348



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Jorge Euphía identificado-a con Documento de Identidad Número 74182348 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Mochis, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Cúcuta Por Principal, a los 28 días del mes May de 2021

NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO

CC

74182348

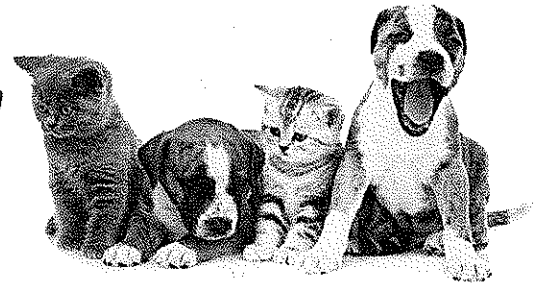


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucinda Paige principal 28 Nov 2015  
 Nombre y apellidos del propietario Maria Voreyas  
 Documento de Identidad 23277020 Dirección Paige principal  
 Teléfono 3102334121  
 Nombre de la mascota Pelusa Especie Felino  
 Edad (Meses) 6 meses Color tricolor  
 Raza Gialla Sexo H Peso 22  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 12 Señales No  
 Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 62 Frecuencia Cardíaca 89  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 #TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

23277020

EL/LA SUSCRITO-A Maria Voreyas IDENTIFICADO-A CON C.C. 23277020 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Pelusa. CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA. ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alodia Quila** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paige principal a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:  
 FIRMA M. Isabel V.  
 C.C. 23277020



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Maria Vanegas identificado-a con Documento de Identidad Número 23277020 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre pelwa, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Ciudad Páez principal, a los 28 días del mes Nov de 2020

Maria Isabel Vanegas M

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 23 277 020**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Carta Paque principal 28-Nov-2015

Nombre y apellidos del propietario Leidy Buitrago

Documento de Identidad 1002905660 Dirección Paque principal

Teléfono 3733658713

Nombre de la mascota Maño Especie Corno

Edad (Meses) 1 año Color negro

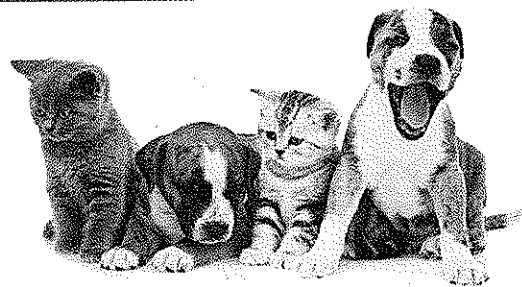
Raza Chollo Sexo M Peso 17

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 34 Señales No

Temperatura 38.2 Frecuencia Respiratoria 69 Frecuencia Cardíaca 99

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO

MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A

T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.

# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO(A) Leidy Buitrago IDENTIFICADO(A) CON C.C. 1002905660 ACTUANDO COMO PROPIETARIO(A) O CUIDADOR(A), DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Maño, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL ☒ TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alalicio Parra DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paque principal a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Leidy Buitrago

C.C. 1002905660



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Leidy Buitrago identificado-a con Documento de Identidad Número 1002405660 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Mario, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta Parícuti principal, a los 28 días del mes Abril de 2015

Leidy Buitrago

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1002 405 660



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Paize principal 28-Nov-2015  
 Nombre y apellidos del propietario Ingrid Costa  
 Documento de Identidad 1051241180 Dirección Paize principal  
 Teléfono 3708494492  
 Nombre de la mascota luna Especie felina  
 Edad (Meses) 7 meses Color tricolor  
 Raza Grolio Sexo H Peso 7.9  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 13 Señales No  
 Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 76 Frecuencia Cardíaca 114  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Ingrid Costa IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051241180 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE luna, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO AUTORIZO A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL \_\_\_\_\_ TATUADO EN OREJA \_\_\_\_\_ INSERCIÓN DE MICROCHIP \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_, POR LA PRESENTE DECLARO Y RECONOZCO HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, ACEPTO CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alodia Cuarta DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paize principal a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Dayana Awasta B

C.C. 1051241180



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3108473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Ingrid Costa identificado-a con Documento de Identidad Número 1051241180 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Luca, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta Párrago Principal, a los 28 días del mes Nov de 2025

Ingrid Dayana Acosta Bautista

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1051241180



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3186473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Paraje principal 28 Nov 2015

Nombre y apellidos del propietario Jose Pardo

Documento de Identidad 1051240783 Dirección Paraje principal

Teléfono 3214085659

Nombre de la mascota pincho Especie Felino

Edad (Meses) 1 año 2. Color Bengala

Raza Gatita Sexo H Peso 2.5

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 10 Señales No

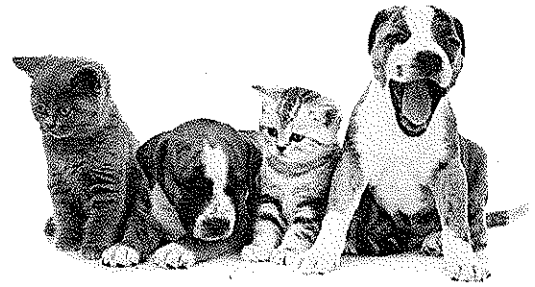
Temperatura 38.5 Frecuencia Respiratoria 76 Frecuencia Cardíaca 98

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos:

Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:



OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.

NOMBRE Y FIRMA MÉDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Jose Pardo IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051240783 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Pincho, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO, POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alodia Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA. ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paraje principal a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Jose del Camen

C.C. 1051240783



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo José Parado identificado-a con Documento de Identidad Número 1051740783 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Pamela, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta Párrafo Principal, a los 23 días del mes Nov de 2025

José del Cernén Parado A

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**  
CC 1051240783

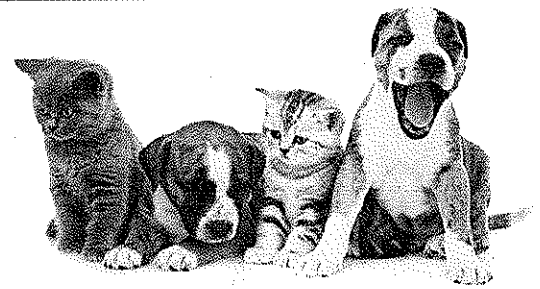


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Paraje principal 28-Nov-2015  
 Nombre y apellidos del propietario Rocio Roberto  
 Documento de Identidad 1055640132 Dirección paraje principal  
 Teléfono 323581973  
 Nombre de la mascota Estrella Especie Cornia  
 Edad (Meses) 1 año Color Blanca  
 Raza Pirola Sexo H Peso 18.8  
 Condición Corporal 0/5 5 Alzada 36 Señales No  
 Temperatura 38.8 Frecuencia Respiratoria 62 Frecuencia Cardíaca 98  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 Evolución- Post-operatorio: MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 #TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Rocio Roberto IDENTIFICADO-A CON C.C. 1055640132 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Estrella, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE : OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO** . POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Bucaria DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En paraje principal a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:  
 FIRMA Rocio Roberto  
 C.C. 1055640132



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Rocio Roberto identificado-a con Documento de Identidad Número 1055690232 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre exella, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Quilata parte principal, a los 28 días del mes Nov de 2015

### NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO

CC Rocio Roberto  
1055690232



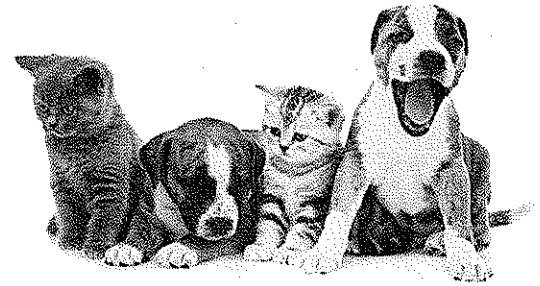
florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuita porge principal  
 Nombre y apellidos del propietario Laura Borda  
 Documento de Identidad 1051240244 Dirección porge principal  
 Teléfono 322836288  
 Nombre de la mascota Corela Especie Canino  
 Edad (Meses) 1 año Color Cafe  
 Raza Pulcher Sexo H Peso 1.9  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 10 Señales 10  
 Temperatura 37.5 Frecuencia Respiratoria 76 Frecuencia Cardíaca 98  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: no



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

T.P. 83394  
 MEDICO VETERINARIO D.C.A.  
 OLIVER FERNANDEZ PARRA  
 NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 #TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Laura Borda IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051240244 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Corela, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X **ORQUIECTOMIA RADICAL** \_\_\_\_\_ **TATUADO EN OREJA** \_\_\_\_\_ **INSERCIÓN DE MICROCHIP** OTRO \_\_\_\_\_ POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuita** DE RESPONSABILIDAD LEGAL **ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCEOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En porge principal a los 20 días del mes de Nov del 2020

EL PROPIETARIO:  
 FIRMA Laura y Borda N.  
 C.C. 1051240244



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Laura Borda identificado-a con Documento de Identidad Número 1051240244 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Coreta, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Bogotá Parque principal, a los 20 días del mes Nov de 2015

Laura G. Borda N.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1051240244



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Paige principal Cuidada 28-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Vilente Bolivar

Documento de Identidad 6761834 Dirección Paige principal

Teléfono 3115560039

Nombre de la mascota Max Especie Canino

Edad (Meses) 2 años Color Amarillo

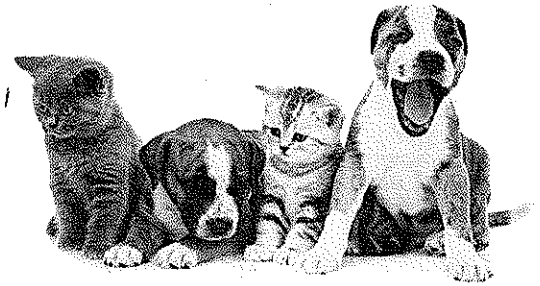
Raza Ciullo Sexo M Peso 18

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 40 Señales No

Temperatura 32.9 Frecuencia Respiratoria 79 Frecuencia Cardíaca 89

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ FARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P. 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Vilente Bolivar IDENTIFICADO-A CON C.C. 6761834 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Max, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL X TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA, DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alodia Cordero** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE,

En Paige principal a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO  
FIRMA Vilente Bolivar  
C.C. 6761834



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Vicente Bolívar identificado-a con Documento de Identidad Número 6761634 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Mox, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Parque Principal Guatía, a los 23 días del mes Nov de 2023



**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 6761834** Tunjo

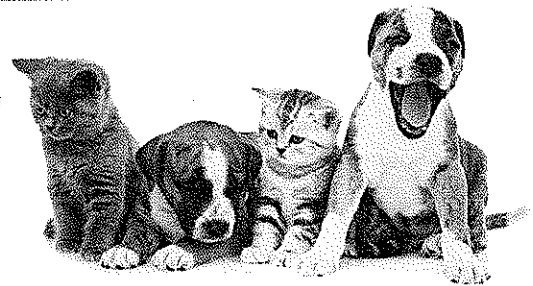


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FOSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Paraje principal 20-Nov-2025  
 Nombre y apellidos del propietario Blanca Pena  
 Documento de Identidad 1050770340 Dirección Paraje principal  
 Teléfono 3122647547  
 Nombre de la mascota Chiquita Especie Canino  
 Edad (Meses) 3 Color Amarillo  
 Raza Cruda Sexo H Peso 8.10  
 Condición Corporal 0/5 5 Alzada 18 Señales N/A  
 Temperatura 38.2 Frecuencia Respiratoria 26 Frecuencia Cardíaca 99  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: N/A



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MEDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
 T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 #TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Blanca Pena IDENTIFICADO-A CON C.C. 1050770340 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Chiquita. CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA. ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alaidis Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA. ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Paraje principal a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA BLANCA MEN  
 C.C. 1050770340



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Blanca Peña identificado-a con Documento de Identidad Número 1030720410 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Manuella, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Parque Principal, a los 20 días del mes Nov de 2021

BLANCA Mery Peña Ortiz

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1030 170 390



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Carta Pique principal 26.11.2015

Nombre y apellidos del propietario Blanca Pena

Documento de Identidad 1050770540 Dirección Carta Pique principal

Teléfono 3122841577

Nombre de la mascota Maionilla Especie Cornia

Edad (Meses) 6 meses Color Manilla

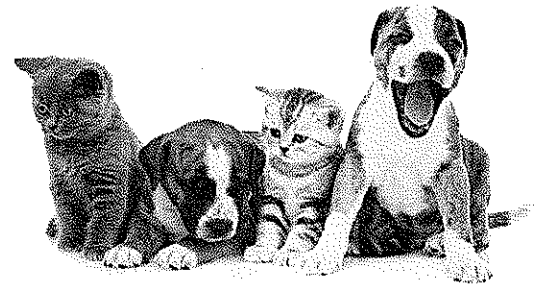
Raza Ciolla Sexo H Peso 8.1

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 19 Señales No

Temperatura 38 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 110

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A

T.P. 03384  
NOMBRE Y FIRMA MÉDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Blanca Pena IDENTIFICADO-A CON C.C. 1050770540 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Maionilla. CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU **MEDICO VETERINARIO** PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X **ORQUIECTOMIA RADICAL** **TATUADO EN OREJA** **INSERCIÓN DE MICROCHIP** **OTRO** **POR LA PRESENTE DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcedia Lucila** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE,

En Carta Pique principal a los 26 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA BLANCA MORA

C.C. 1050770540



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Blanca Peña identificado-a con Documento de Identidad Número 1050770540 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Nanilla, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Parque principal Centro, a los 28 días del mes Nov de 2015

BLANCA Mary Penolortiz

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1050770540

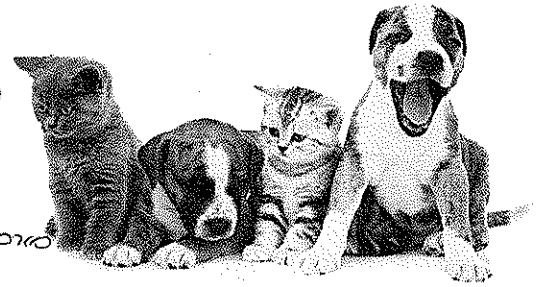


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuita Páez Principal 28-Nov-2025  
Nombre y apellidos del propietario Mansol Lopez  
Documento de Identidad 23276936 Dirección Páez Principal  
Teléfono 3133260434  
Nombre de la mascota Misi Especie Felina  
Edad (Meses) 1 año Color negro-blanco  
Raza Cholla Sexo H Peso 2.6  
Condición Corporal 0/5 4 Alzada 12 Señales No  
Temperatura 38.7 Frecuencia Respiratoria 79 Frecuencia Cardíaca 110  
Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

ALVARO FERNANDEZ PARDO  
MEDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Mansol Lopez IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276936 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Misi, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO**. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Cucuita DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Páez Principal a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Mansol Lopez

C.C. 23276936



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Manolo Lopez identificado-a con Documento de Identidad Número 23276936 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Mis, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Bucaramanga, a los 26 días del mes Nov de 2023

Marisol Lopez S

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 23276936**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Coatla Centro pague principal 26-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Flor Novoa

Documento de Identidad 51700229 Dirección Pague principal

Teléfono 3166202674

Nombre de la mascota Maya Especie Foia

Edad (Meses) 5 años Color cafe

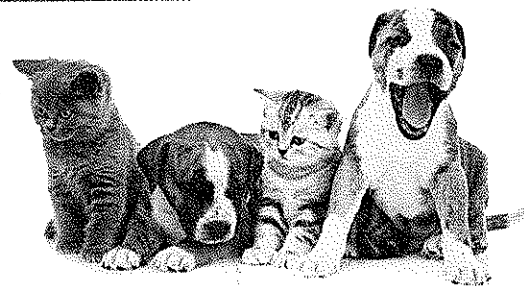
Raza Cholla Sexo H Peso 5.3

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 19 Señales No

Temperatura 38.2 Frecuencia Respiratoria 70 Frecuencia Cardíaca 89

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ BARDO  
MEDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
T.P 63394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Flor Novoa IDENTIFICADO-A CON C.C. 51700229 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Maya, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA** X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESICA, ANESTESICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldia Coatla** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE,

En Pague principal a los 26 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:  
FIRMA Flor Novoa  
c.c. 51700229



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Flor Novoa identificado-a con Documento de Identidad Número 51700229 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Maya, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Parque principal Puroida, a los 28 días del mes Nov de 2015

Catalina

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 51700229



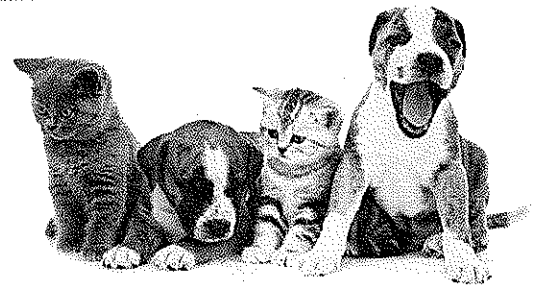
florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Curitiba parage principal 28-nov-2015  
 Nombre y apellidos del propietario Derly Rodriguez  
 Documento de Identidad 1002330692 Dirección parage principal  
 Teléfono 3123620773  
 Nombre de la mascota Cole Especie Corno  
 Edad (Meses) 8 meses Color negro  
 Raza Cholla Sexo H Peso 11.2  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 22 Señales Nlo  
 Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 29 Frecuencia Cardíaca 110  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: Nlo



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 #TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Derly Rodriguez IDENTIFICADO-A CON C.C. 200233692 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Cole, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO, POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS. **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Abelidia Cuatrecasas DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Parage principal a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA [Firma]

C.C. 1002330692



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Dery Rodríguez identificado-a con Documento de Identidad Número 1002330692 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Abe, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Darye principal Cuarta, a los 22 días del mes Noy de 2015

 1002330692

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**  
CC



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta ewela pijao 28-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Oscar Barreto

Documento de Identidad 1002604175 Dirección pijaos

Teléfono 3209037728

Nombre de la mascota Copito Especie Felino

Edad (Meses) 1.5 años Color Blanco-negro

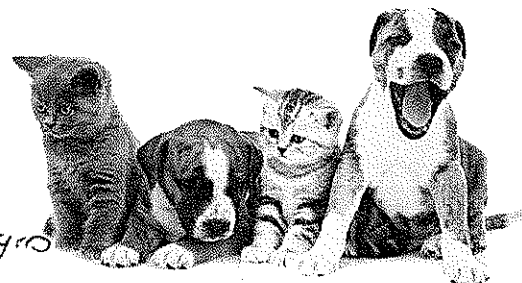
Raza Criollo Sexo M Peso 3.3

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 13 Señales No

Temperatura 38.5 Frecuencia Respiratoria 29 Frecuencia Cardíaca 110

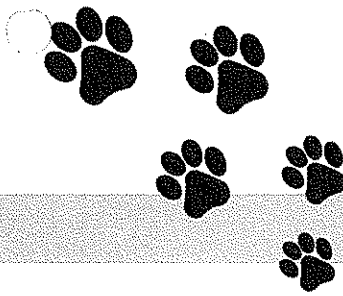
Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: Ninguno



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_



T.P. 83394  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.  
OLIVER FERNANDEZ PARDO  
NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Oscar Barreto IDENTIFICADO-A CON C.C. 1002604175 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Copito, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO**, POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS, PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Cucuta DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A **LA INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Viendo pijao a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Oscar Barreto

C.C. 1002604175



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Oscar Balleo identificado-a con Documento de Identidad Número 1002604175 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Copito, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Cucuta vereda pijoras, a los 20 días del mes Nov de 2025

Oscar Balleo

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC 1002604175**



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta vereda pijuas 28-Nov-2015

Nombre y apellidos del propietario Sara Alvarado

Documento de Identidad 106601748 Dirección Ved Pijuas

Teléfono 3133406679

Nombre de la mascota M Set Especie Felino

Edad (Meses) 15 meses Color Amarillo-blanco

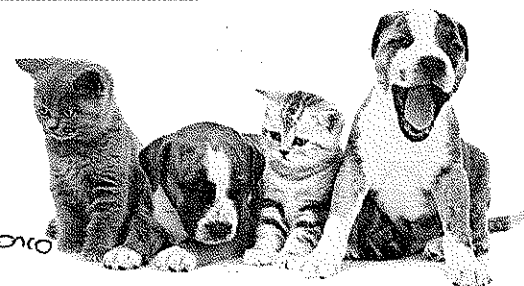
Raza Chorro Sexo M Peso 4.1

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 14 Señales Nó

Temperatura 38.3 Frecuencia Respiratoria 76 Frecuencia Cardíaca 94

Exámenes Prequirúrgicos: SI ☐ NO ☒

Antecedentes Patológicos: Nó



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A

T.P. 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL/LA SUSCRITO-A Sara Alvarado IDENTIFICADO-A CON C.C. 106601748 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Set, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA ORQUIECTOMIA RADICAL ☒ TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP ☐ OTRO ☐. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESIA, ANESTESIA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Cucuta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A **LA INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda Pijuas a los 28 días del mes de Nov del 2015.

EL PROPIETARIO:

FIRMA [Firma]

C.C. 95410284



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Sara Alvarado identificado-a con Documento de Identidad Número 1056601298 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Set, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Vereda pajas, a los 20 días del mes Nov de 2025

Sara Alvarado

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 9540284



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Vereda pijao 20-Nov-2021

Nombre y apellidos del propietario Flor Celis

Documento de Identidad 23276484 Dirección Vereda pijao

Teléfono 312 354 3784

Nombre de la mascota Paloma Especie Canina

Edad (Meses) 3 años Color negro-blanco

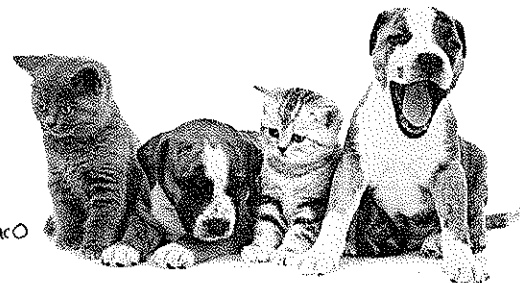
Raza Ciolla Sexo H Peso 6.3

Condición Corporal 0/5 Alzada Señales No

Temperatura 37.6 Frecuencia Respiratoria 76 Frecuencia Cardíaca 98

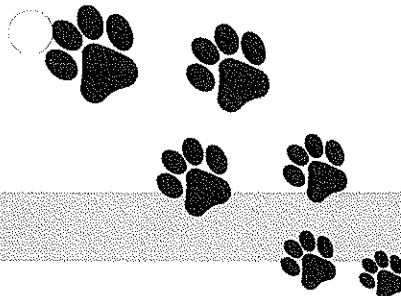
Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_



OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A.

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Flor celis IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276484 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Paloma, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE : OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO**. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Cuarta** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESES, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijao a los 20 días del mes de Nov del 2021

EL PROPIETARIO:  
FIRMA Flor Elisa cely  
c.c. 23 276 484



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188475547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Flor Celis identificado-a con Documento de Identidad Número 23226464 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Paloma, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Vereda Pijao, a los 28 días del mes Nov de 2025

Flor Elisa cely 23276484

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**  
CC



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA



## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Vreda pijao 28-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario María Echeverri

Documento de Identidad 1051240678 Dirección Vreda pijao

Teléfono 3103319295

Nombre de la mascota Piniwa Especie Canina

Edad (Meses) 5 meses Color Blanco-cre

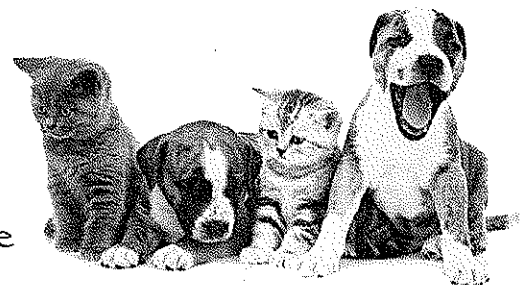
Raza Cholla Sexo H Peso 1.6

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 14 Señales N/A

Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 76 Frecuencia Cardíaca 98

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: N/A



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A María Echeverri IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051240678 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Piniwa, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO**. POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTESIA, ANESTESIA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldía Cucuta DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vreda pijao a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA María Echeverri

c.c. 1051240678



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Maria Echeverria identificado-a con Documento de Identidad Número 1051240628 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Pinesa, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vereda Pijos, a los 28 días del mes Abr de 2023

Mariavictoria Echeverria 1057240628

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Vereda pijuos 18-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Nidia Alba

Documento de Identidad 1056600527 Dirección Vereda pijuos

Teléfono 323415642

Nombre de la mascota Marchus Especie Cornig

Edad (Meses) 5 meses Color Anillo negro

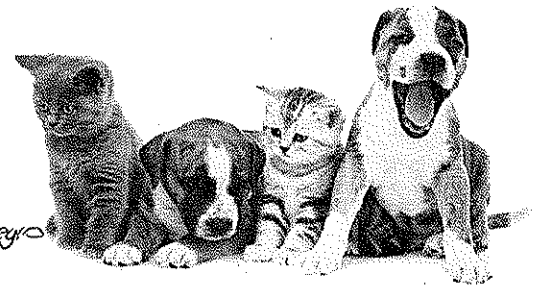
Raza Cholla Sexo H Peso 7.7

Condición Corporal 0/5 4 Alzada 16 Señales No

Temperatura 38.2 Frecuencia Respiratoria 80 Frecuencia Cardíaca 96

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos nlo



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
#TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Nidia Alba IDENTIFICADO-A CON C.C. 1056600527 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Marchus. CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLI CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE : OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO**, POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Nidia Alba** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijuos a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:  
FIRMA Nidia Rocío Alba  
c.c. 106800577



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Nidia Alba identificado-a con Documento de Identidad Número 7056800577 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Morbus, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vereda Pijao, a los 28 días del mes Nov de 2025

Nidia Rosio Alba Alba 7056800577

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC



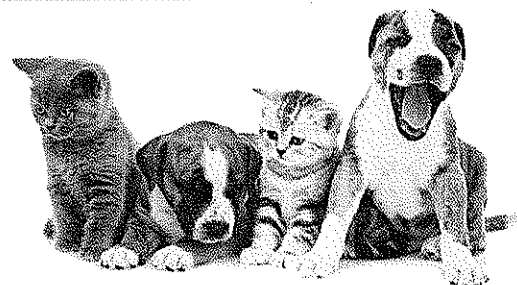
florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Vieda pijaos 28-Nov-2015  
Nombre y apellidos del propietario Maria Echeverria  
Documento de Identidad 1057240678 Dirección Vieda pijaos  
Teléfono 3103314295  
Nombre de la mascota Negra Especie Canina  
Edad (Meses) 4 años Color negra  
Raza Cnolla Sexo H Peso 6.2  
Condición Corporal 0/5 4 Alzada 18 Señales No  
Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 69 Frecuencia Cardíaca 110  
Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
Antecedentes Patológicos: No



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A

T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Maria Echeverria IDENTIFICADO-A CON C.C. 1057240678 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Negra. CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Cucuta Alcaldia DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vieda pijaos a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:

FIRMA Maria victoria Ech  
c.c. 1057240678



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Maria Echeverri identificado-a con Documento de Identidad Número 1051240678 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Negra, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vereda pajas, a los 28 días del mes Nov de 2025

Maria Victoria Echeverri 1051240678

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Bucarama Vereda Pijao 28-nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Nubia Chivata

Documento de Identidad 23276987 Dirección Vereda Pijao

Teléfono 311 652 8007

Nombre de la mascota Alaska Especie Canina

Edad (Meses) 2 años Color Tricolor

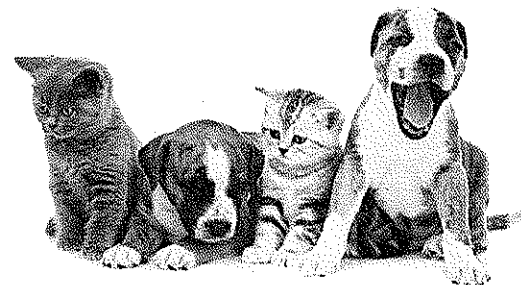
Raza Ciolla Sexo H Peso 7.4

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 32 Señales No

Temperatura 37.8 Frecuencia Respiratoria 68 Frecuencia Cardíaca 99

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: No



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 83394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Nubia Chivata IDENTIFICADO-A CON C.C. 23276987 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Alaska, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO, A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcidia Quila DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA**, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SINTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda Pijao a los 28 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Nubia Marlen Chivata Alba  
c.c. 23.276987



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3169473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA







## CONSTANCIA



Yo Nubia Chivala identificado-a con Documento de Identidad Número 23276987 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Alaska, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia 314 3368206

Dada en Vrieda pijaas, a los 28 días del mes Nov de 2021

Nubia Chivala

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 23.276987

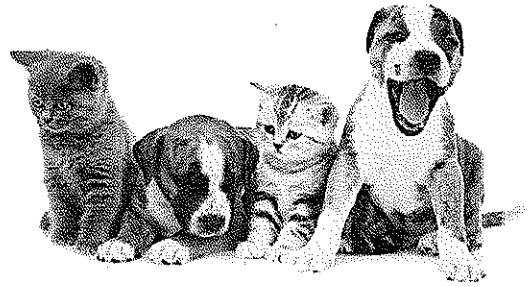


florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3185473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA



# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucuta Vereda pijao 28 Nov 2015  
 Nombre y apellidos del propietario Edith Morales  
 Documento de Identidad 1002405541 Dirección Vereda pijao  
 Teléfono 3139775883  
 Nombre de la mascota Muñeca Especie Canina  
 Edad (Meses) 7 meses Color negro  
 Raza Ciolla Sexo H Peso 7.5  
 Condición Corporal 0/5 4 Alzada 29 Señales No  
 Temperatura 38.3 Frecuencia Respiratoria 64 Frecuencia Cardíaca 98  
 Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X  
 Antecedentes Patológicos: No



Observaciones: \_\_\_\_\_

Evolución- Post-operatorio: \_\_\_\_\_

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
 MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
 T.P 03394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
 # TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Edith Morales IDENTIFICADO-A CON C.C. 1002405541 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE Muñeca, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Aliadina Cuatla** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA. ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESES, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vereda pijao a los 28 días del mes de Nov del 2015

EL PROPIETARIO:  
 FIRMA Yolanda M  
 C.C. 1002405541



florayfaunafundacion@gmail.com  
 CEL: 3188473547 - 3143368206  
 FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Edith Morales identificado-a con Documento de Identidad Número 1002405541 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Muñeca, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Vereda p1740, a los 28 días del mes Nov de 2025

Yolanda M Bastidas

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

CC 1.002.405.547



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





# HISTORIA CLINICA N°:

Ciudad y Fecha Cucacha Vieda Pijuas 23-Nov-2025

Nombre y apellidos del propietario Diana Chivata

Documento de Identidad 1051210882 Dirección Vieda Pijuas

Teléfono 3214328798

Nombre de la mascota luna Especie Felina

Edad (Meses) 3 años Color Blanca

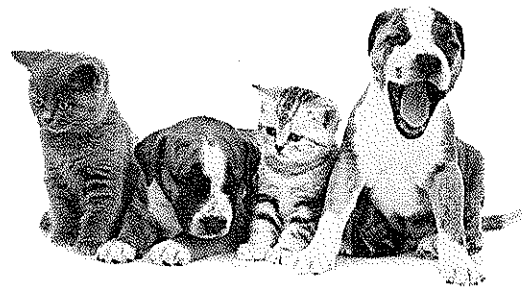
Raza Cholla Sexo H Peso 2.4

Condición Corporal 0/5 5 Alzada 14 Señales N/A

Temperatura 38.9 Frecuencia Respiratoria 66 Frecuencia Cardíaca 98

Exámenes Prequirúrgicos: SI NO X

Antecedentes Patológicos: N/A



Observaciones:

Evolución- Post-operatorio:

OLIVER FERNANDEZ PARDO  
MÉDICO VETERINARIO U.D.C.A  
T.P 93394

NOMBRE Y FIRMA MEDICO VETERINARIO.  
# TARJETA PROFESIONAL



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL -LA SUSCRITO -A Diana Chivata IDENTIFICADO-A CON C.C. 1051210882 ACTUANDO COMO PROPIETARIO-A O CUIDADOR-A, DECLARO TENER PLENAS FACULTADES DE DOMINIO Y PROPIEDAD SOBRE EL PACIENTE DE NOMBRE luna, CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA AL MEDICO VETERINARIO ES CIERTA Y QUE CUMPLÍ CON LAS RECOMENDACIONES PREQUIRURGICAS INFORMADAS CON ANTELACION A LA CIRUGIA, POR MEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO **AUTORIZO** A LA FUNDACIÓN FLORA Y FAUNA Y A SU MEDICO VETERINARIO PARA REALIZAR EN MI MASCOTA EL **PROTOCOLO DE ANESTESIA Y PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE: OVARIOHISTERECTOMÍA X ORQUIECTOMIA RADICAL TATUADO EN OREJA** INSERCIÓN DE MICROCHIP OTRO POR LA PRESENTE **DECLARO Y RECONOZCO** HABER SIDO INFORMADO POR ESCRITO Y VERBALMENTE, POR LOS MÉDICOS VETERINARIOS SOBRE EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DE LOS RIESGOS ASUMIDOS POR NO REALIZARSE EXÁMENES PRE QUIRÚRGICOS, NI CONOCER DE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE BASE O PATOLOGÍAS AGUDAS O CRÓNICAS PREEXISTENTES QUE PUDIERAN AFECTAR LA SALUD Y/O RECUPERACIÓN EN MI MASCOTA, ASÍ MISMO DECLARO QUE ME FUERON INFORMADOS DE LOS RIESGOS INHERENTES Y RELACIONADOS AL PROCEDIMIENTO INDICADO ASÍ COMO DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE LAS ETAPAS: PRE ANESTÉSICA, ANESTÉSICA, PRE QUIRÚRGICA, QUIRÚRGICA Y POST QUIRÚRGICA. DE IGUAL MANERA HE SIDO INFORMADO DE LOS CUIDADOS POST OPERATORIOS CORRESPONDIENTES LOS CUALES RECONOZCO HABERLOS ENTENDIDO, ACEPTADO Y ASUMO FIRMANDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA QUE SE PROCEDA A LA REALIZACIÓN DE DICHO PROTOCOLO. A SU VEZ, POR LA PRESENTE, **ACEPTO** CUALQUIER RIESGO QUE SE PUDIERA PRESENTAR EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DESCRITA Y ESPECIALMENTE DE LA DERIVADA DE LOS TRATAMIENTOS ANESTÉSICOS, **EXONERANDO DE MANERA EXPRESA A LA FUNDACION FLORA Y FAUNA, AL MEDICO VETERINARIO TRATANTE Y A Alcaldio Cucacha** DE RESPONSABILIDAD LEGAL ALGUNA, POR NO SER LA MEDICINA VETERINARIA UNA CIENCIA EXACTAMENTE PREDECIBLE. ACEPTO Y ASUMO QUE SE ME HA INFORMADO DE LOS RIESGOS QUE UN ANIMAL SOMETIDO A ESTE TIPO DE INTERVENCIONES, PUEDEN AFECTAR TANTO A LA FASE ANESTÉSICA, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y POST OPERATORIA ASUMO LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO POS OPERATORIO, EVITANDO QUE MI MASCOTA SE LASTIME LA HERIDA, PIERDA LOS PUNTOS DE SUTURA O CUALQUIER OTRA ACCIÓN QUE PUEDAN LLEVARLO A DESENCADENAR SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ASOCIADOS A COMPLICACIONES COMO INFECCIÓN, ABSCESOS, PÉRDIDA DE PUNTOS, PERITONITIS U OTRAS ETIOLOGÍAS. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS INDICACIONES REFERENTES A LA **INSTALACIÓN Y USO DEL COLLAR ISABELINO** DURANTE LA FASE POST OPERATORIA Y A INFORMAR DE MANERA INMEDIATA SOBRE CUALQUIER SIGNO O SÍNTOMA DE ALERTA AL MÉDICO TRATANTE.

En Vieda Pijuas a los 26 días del mes de Nov del 2025

EL PROPIETARIO:

FIRMA Diana Paola Chivata

C.C. 1051210882



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143360206  
FUSAGASUGÁ - COLOMBIA





## CONSTANCIA



Yo Diana Chivata identificado-a con Documento de Identidad Número 1051240882 manifiesto que una vez realizado el procedimiento quirúrgico de Esterilización a mi mascota de nombre Luna, la he recibido despierta, estable con signos vitales, medicada y con su herida completamente suturada.

De igual manera asumo mi compromiso por cuidarlo-a en su proceso post quirúrgico de acuerdo a las recomendaciones que me fueron explicadas por el Médico Tratante y de informar ante cualquier signo o síntoma de alarma al Número de Emergencia **314 3368206**

Dada en Vereda pajas, a los 28 días del mes Nov de 2025

Diana Paola Chivata O.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO**

**CC** 1051240882



florayfaunafundacion@gmail.com  
CEL: 3188473547 - 3143368206  
FUSAGASUGA - COLOMBIA





| JORNADAS DE ESTERILIZACION CANINA Y FELINA A BAJO COSTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                        |           |            |                             |                        |                    |           |            | FECHA | DD/ MM/ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|-----------|------------|-----------------------------|------------------------|--------------------|-----------|------------|-------|---------|
| DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: ESTRATEGIA CONTROL DE NATALIDAD EN POBLACIÓN CANINA Y FELINA Esterilización Canina o felina Procedimiento Quirúrgico de Ovario hysterectomía (Hembras) u Orquiectomía radical (machos) a todo costo realizado en Unidad Móvil Veterinaria dotado con Quirófano Veterinario, en caninos y felinos a todo costo con Medicación parenteral con terapia antibiótica, analgésica y antiinflamatoria in situ. |                                            |                        |           |            |                             |                        |                    |           |            | LUGAR |         |
| CODIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DATOS PROPIETARIO Y/O RESPONSABLE PACIENTE |                        |           |            |                             | DATOS PACIENTE         |                    |           |            |       |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRES Y APELLIDOS                        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DIRECCION | TELEFONO   | CORREO ELECTRÓNICO          | ESPECIE CANINA /FELINA | SEXO HEMBRA/ MACHO | NOMBRE    | EDAD MESES | RAZA  |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Rosa Alvarado                              | 1044605524             | Pijuos    | 3133858012 | Danelopezalbas@gmail.com    | C                      | H                  | Paloma    | 5 meses    | C     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Editha Corbador                            | 1051240153             | Pijuos    | 3128270638 | edyaropi@gmail.com          | C                      | H                  | Calaleya  | 18 años    | C     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Diana Gil                                  | 1051240588             | Pijuos    | 3127658480 | —                           | C                      | H                  | Luna      | 8 meses    | C     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Mario Castillo                             | 6751926                | Pijuos    | 3102201334 | —                           | F                      | H                  | Munera    | 4 años     | C     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Leidy Rubio                                | 100092347              | Pijuos    | 3135601200 | leidyreliobio@gmail.com     | F                      | H                  | Perrera   | 7 meses    | C     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Laura Lopez                                | 1000964034             | Pijuos    | 3221064027 | —                           | C                      | M                  | Milo      | 9 meses    | C     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Lot Niño                                   | 23276993               | Pijuos    | 3122121847 | —                           | C                      | H                  | Barbillas | 1 año      | C     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Tatiana Rodriguez                          | 1051744178             | Pijuos    | 3133209542 | Rodriguez-tatiana@gmail.com | F                      | H                  | Poncha    | 4 meses    | C     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Berta Niño                                 | 23276584               | Pijuos    | 3114900197 | —                           | F                      | H                  | Noche     | 1 mes      | C     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ana Ramirez                                | 40049336               | Pijuos    | 3132491007 | —                           | F                      | H                  | Mora      | 3 años     | C     |         |







| JORNADAS DE ESTERILIZACION CANINA Y FELINA A BAJO COSTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                        |                           |            |                            |                         |                    |          |            | FECHA   | DD/ MM/ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|---------------------------|------------|----------------------------|-------------------------|--------------------|----------|------------|---------|---------|
| DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: ESTRATEGIA CONTROL DE NATALIDAD EN POBLACIÓN CANINA Y FELINA Esterilización Canina o felina Procedimiento Quirúrgico de Ovario histerectomía (Hembras) u Orquiectomía radical (machos) a todo costo realizado en Unidad Móvil Veterinaria dotado con Quirófano Veterinario, en caninos y felinos a todo costo con Medicación parenteral con terapia antibiótica, analgésica y antiinflamatoria in situ. |                                            |                        |                           |            |                            |                         |                    |          |            | LUGAR   |         |
| CODIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DATOS PROPIETARIO Y/O RESPONSABLE PACIENTE |                        |                           |            |                            | DATOS PACIENTE          |                    |          |            |         |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRES Y APELLIDOS                        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DIRECCION                 | TELEFONO   | CORREO ELECTRÓNICO         | ESPECIE CANINA / FELINA | SEXO HEMBRA/ MACHO | NOMBRE   | EDAD MESES | RAZA    |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Edelmira Cordoba                           | 1051241116             | Pijao                     | 3124140225 | edelmira.cordoba@gmail.com | C                       | H                  | Pineira  | 3 años     | C       | Es      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ange Pachon                                | 1019712806             | Pijao                     | 3222801610 | —                          | C                       | H                  | Munera   | 9 años     | C       | Flu     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Aljondra Serna                             | 1049641519             | Pijao                     | 3105163228 | —                          | F                       | M                  | Mimyo    | 1 año      | C       | ph      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Danna Lopez                                | 1077081696             | Pijao                     | 3133112660 | —                          | F                       | M                  | Motas    | 5 años     | C       | De      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Laura Borda                                | 1051240244             | Parque Principal Curacito | 3228361288 | LauraBorda16@gmail.com     | C                       | H                  | Canela   | 1 año      | C       | h       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | BLA Mery Peño                              | 1050170520             | centro                    |            |                            | C                       | H                  | patomila |            | C       | h       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Marisol Lopez                              | 23276936               | centro                    | 3133260430 |                            | F                       | H                  | Misi     | 1 año      | C       | M       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Jose Emilio                                |                        | centro                    | 9122841577 |                            | C                       | H                  | ercita   |            | C       | S       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Catalina Novoa                             | SL 700229              | centro                    | 3166208674 |                            | C.                      | F                  | mayra    | 6 años     | criollo | e       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Darly Sofia Rodriguez                      | 1002330692             | centro                    | 3123620778 |                            | C                       | H                  | Clas     | 8 meses    | criollo | S       |





## JORNADAS DE ESTERILIZACION CANINA Y FELINA A BAJO COSTO

FECHA

DD/ MM/

**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:** ESTRATEGIA CONTROL DE NATALIDAD EN POBLACIÓN CANINA Y FELINA Esterilización Canina o felina Procedimiento Quirúrgico de Ovario histerectomía (Hembras) u Orquiectomía radical (machos) a todo costo realizado en Unidad Móvil Veterinaria dotado con Quirófano Veterinario, en caninos y felinos a todo costo con Medicación parenteral con terapia antibiótica, analgésica y antiinflamatoria in situ.

LUGAR

| CODIGO | DATOS PROPIETARIO Y/O RESPONSABLE PACIENTE |                        |                  |            |                            | DATOS PACIENTE          |                    |          |            |      |     |
|--------|--------------------------------------------|------------------------|------------------|------------|----------------------------|-------------------------|--------------------|----------|------------|------|-----|
|        | NOMBRES Y APELLIDOS                        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DIRECCION        | TELEFONO   | CORREO ELECTRÓNICO         | ESPECIE CANINA / FELINA | SEXO HEMBRA/ MACHO | NOMBRE   | EDAD MESES | RAZA |     |
|        | Vicente Botivar                            | 6761834                | Parque Principal | 315560039  | —                          | C                       | M                  | Max      | 2 años     | C    | Vig |
|        | Mariana Albaracin                          | 1051240765             | Parque Principal | 304658016  |                            | C                       | H                  | Pelusa   | 9 meses    | C    | Pat |
|        | Orlando Del Carmen                         | 13171834               | Parque Principal | 3213089909 |                            | C                       | H                  | Princesa | 4 meses    | C    | Pat |
|        | Gorge Enrique                              | 74182398               | Parque P.        | 3114450937 |                            | C                       | H                  | Machis   | 7 meses    | C    | Pat |
|        | Misabel Vanegas                            | 23277020               | Parque P         | 3102334120 |                            | F                       | H                  | pelusa   | 5 meses    | C    | M   |
|        | Leidy Barrios                              | 1002405660             | Parque P.        | 3238058715 | leidybarrios3011@gmail.com | C                       | M                  | Maylo    | 1 año      | C    | Pat |
|        | Ingrid Dayana Acosta                       | 1051241180             | Parque P         | 3208494912 | —                          | F                       | H                  | Luna     | 7 m.       | C    | Pat |
|        | José Del cormen Pardo                      | 1051240783             | Parque Principal | 3214085659 | j.pardobalboa@gmail.com    | F                       | H                  | Princesa | 1 año      | C    | Pat |
|        | Rocio Roberto                              | 105569022              | Parque Principal | 323585477  | —                          | C                       | H                  | Estrella | 1 año      | C    | Pat |
|        | Barbara Vanegas M                          | 23276349               | Parque P.        | 3223015598 |                            | F                       | H                  | ormiga   | 1 año      | C    | Pat |





| JORNADAS DE ESTERILIZACION CANINA Y FELINA A BAJO COSTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                        |           |            |                    |                        |                    | FECHA     | DD/ MM/    |         |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|-----------|------------|--------------------|------------------------|--------------------|-----------|------------|---------|--------|
| DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: ESTRATEGIA CONTROL DE NATALIDAD EN POBLACIÓN CANINA Y FELINA Esterilización Canina o felina Procedimiento Quirúrgico de Ovario histerectomía (Hembras) u Orquiectomía radical (machos) a todo costo realizado en Unidad Móvil Veterinaria dotado con Quirófano Veterinario, en caninos y felinos a todo costo con Medicación parenteral con terapia antibiótica, analgésica y antiinflamatoria in situ. |                                            |                        |           |            |                    |                        |                    | LUGAR     |            |         |        |
| CODIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DATOS PROPIETARIO Y/O RESPONSABLE PACIENTE |                        |           |            |                    | DATOS PACIENTE         |                    |           |            |         |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRES Y APELLIDOS                        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DIRECCION | TELEFONO   | CORREO ELECTRÓNICO | ESPECIE CANINA /FELINA | SEXO HEMBRA/ MACHO | NOMBRE    | EDAD MESES | RAZA    |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Luz Mery Jimenez                           | 93276989               | Centro    | 3223315622 |                    | C                      | H                  | Nala      | 3 años     | Pitbul  | Luz    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Luz Marina Buitrago                        | 2376423                | Centro    | 3134983768 |                    | C                      | H                  | Noa       | 2 años     | Pitbul  | Luz    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Maria H Miguez                             | 23276519               | lluviosos | 318512919  |                    | F                      | H                  | Lili      | 6 meses    | C.      | Maria  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Maria Elvia Castro S                       | 24207350               | lluviosos | 3743662498 |                    | F                      | H                  | Pecas     | 8 Meses    | C.      | Elvia  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Edwin Camargo                              | 1.051.247.072          | lluviosos | 3142922412 |                    | C                      | H                  | campanita | 5 meses    | C.      | Edwin  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Rafael Antonio Vanegas                     | 1002405629             | lluviosos | 3007037272 |                    | f.                     | M.                 | Cionox    | 1 Año      | C.      | Rafael |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Israel Firmeza                             | 6243946                | lluviosos | 3107782669 |                    | F                      | M                  | Melodias  | 3 años     | C       | Israel |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | George Herrera                             | 4041213                | lluviosos | 3148704446 |                    | C                      | H                  | Kaila     | 15 años    | C       | George |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Flor Esperanza Borda                       | 23277075               | centro    | 3219478581 |                    | C                      | H                  | Moly      | 2 años     | C       | Flor   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Juan Sebastian Vanegas                     | 1049626310             | centro    | 3227214715 |                    | C                      | H                  | moly      | 12, 5 años | Pinchev | Juan   |







## JORNADAS DE ESTERILIZACION CANINA Y FELINA A BAJO COSTO

FECHA

DD/ MM/

**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:** ESTRATEGIA CONTROL DE NATALIDAD EN POBLACIÓN CANINA Y FELINA Esterilización Canina o felina Procedimiento Quirúrgico de Ovario histerectomía (Hembras) u Orquiectomía radical (machos) a todo costo realizado en Unidad Móvil Veterinaria dotado con Quirófano Veterinario, en caninos y felinos a todo costo con Medicación parenteral con terapia antibiótica, analgésica y antiinflamatoria in situ.

LUGAR

| CODIGO | DATOS PROPIETARIO Y/O RESPONSABLE PACIENTE |                        |                  |            |                    | DATOS PACIENTE          |                    |         |            |         |     |
|--------|--------------------------------------------|------------------------|------------------|------------|--------------------|-------------------------|--------------------|---------|------------|---------|-----|
|        | NOMBRES Y APELLIDOS                        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DIRECCION        | TELEFONO   | CORREO ELECTRÓNICO | ESPECIE CANINA / FELINA | SEXO HEMBRA/ MACHO | NOMBRE  | EDAD MESES | RAZA    |     |
|        | Jose Lopez                                 | 717 4443               | Parque principal | 3124652449 | —                  | F                       | M                  | Colo    | 8 meses    | C       | Am  |
|        | Dayana Echeverra                           | 1051740031             | Parque principal | 3213524004 | —                  | C                       | H                  | lulu    | 18 meses   | C       | Ec  |
|        | Delfina Mieres                             | 23276352               | Parque principal | 3139107627 | —                  | F                       | M                  | Prinexo | 8 mes      | C       | Ec  |
|        | Martha Bastidas                            | 23277006               | Parque principal | 3112013574 |                    | F                       | H                  | Rebeca  | 2 años     | C       | Mar |
|        | Mario Ines Sosa                            | 23276764               | Parque principal | 3212498941 | —                  | F                       | H                  | moli    | 2.5        | C       | Mc  |
|        | Jorge Alatorre                             | 7165568                | Parque principal | 3105613184 | —                  | C                       | M                  | Zeos    | 1 año      | Pircher | Ag  |
|        | Viviana Garcia                             | 1051240103             | —                | 323377119  | —                  | F                       | H                  | Mayuza  | 8 meses    | C       | Vi  |
|        | Rocio Garcia                               | 1002405670             | —                | 3133539110 | —                  | C                       | H                  | Canela  | 3 años     | C       | Re  |
|        | Daniela Sierra                             | 1002405607             | Centro           | 3266348866 |                    | F                       | M                  | Tom.    | 9 meses    | C       | Da  |
|        | Yenni Sierra                               | 1002405405             | Centro           | 3102189993 |                    | F                       | M                  | Jerry   | 9 meses    | C       | Yen |





## JORNADAS DE ESTERILIZACION CANINA Y FELINA A BAJO COSTO

FECHA

DD/MM/

**DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD:** ESTRATEGIA CONTROL DE NATALIDAD EN POBLACIÓN CANINA Y FELINA Esterilización Canina o felina Procedimiento Quirúrgico de Ovario histerectomía (Hembras) u Orquiectomía radical (machos) a todo costo realizado en Unidad Móvil Veterinaria dotado con Quirófano Veterinario, en caninos y felinos a todo costo con Medicación parenteral con terapia antibiótica, analgésica y antiinflamatoria in situ.

LUGAR

| CODIGO | DATOS PROPIETARIO Y/O RESPONSABLE PACIENTE |                        |           |            |                          | DATOS PACIENTE          |                    |          |            |       |      |
|--------|--------------------------------------------|------------------------|-----------|------------|--------------------------|-------------------------|--------------------|----------|------------|-------|------|
|        | NOMBRES Y APELLIDOS                        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DIRECCION | TELEFONO   | CORREO ELECTRÓNICO       | ESPECIE CANINA / FELINA | SEXO HEMBRA/ MACHO | NOMBRE   | EDAD MESES | RAZA  |      |
|        | Yeny Carolina Echaz L.                     | 1002405439             | Llano 505 | 3232385810 | carolap2234@gmail.com    | F                       | H                  | lechuga  | 15         | C     | Co   |
|        | Marta Alicia Forcillo                      | 1051240197             | Centro    | 3126027985 | Alicia Forcillo          | C                       | H                  | candi    | 3m         | C     | ca   |
|        | Sandra Cangrejo                            | 1007357613             | centro    | 3115658334 |                          | F                       | M                  | poseidon | 3 años     | C     | son  |
|        | Astrid M. Parra. Ch.                       | 37 721.204             | Centro    | 3174973029 | astrid-parra@hotmail.com | C                       | H                  | Malu     | 2a-3m      | C     | A    |
|        | Marta Sierra                               | 23276462               | Centro    | 3207731165 |                          | C                       | H                  | Luna     | 5 m        | C     | Ro   |
|        | Elizabeth Nino                             | 1051240376             | Centro    | 3188663814 | luchade@yahoo.es         | F                       | M                  | Begeth   | 11 m       | C     | B    |
|        | Dora Patricia P.B.                         | 52341769               | cucaita   | 3207378834 |                          | E                       | H                  | isi      | 12m        | C     | Por  |
|        | Luz Nevy P.B.                              | 40 035435              | cucaita   | 3108505696 |                          | E                       | H                  | luna     | 24m        | Sixer | di   |
|        | Eliana Maria Miguez                        | 33369008               | Cucaita   | 3202458124 |                          | F                       | H                  | Juna     | 24 meses   | C     | eli  |
|        | Delfina Miguez                             | 23276352               | Cucaita   | 3134102622 |                          | F                       | H                  | Princesa | 8 meses    | C     | Delf |





| JORNADAS DE ESTERILIZACION CANINA Y FELINA A BAJO COSTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                            |                        |           |            |                             |                        |                    |         |            | FECHA   | DD/ MM/ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|-----------|------------|-----------------------------|------------------------|--------------------|---------|------------|---------|---------|
| DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD: ESTRATEGIA CONTROL DE NATALIDAD EN POBLACIÓN CANINA Y FELINA Esterilización Canina o felina Procedimiento Quirúrgico de Ovario histerectomía (Hembras) u Orquiectomía radical (machos) a todo costo realizado en Unidad Móvil Veterinaria dotado con Quirófano Veterinario, en caninos y felinos a todo costo con Medicación parenteral con terapia antibiótica, analgésica y antiinflamatoria in situ. |                                            |                        |           |            |                             |                        |                    |         |            | LUGAR   |         |
| CODIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | DATOS PROPIETARIO Y/O RESPONSABLE PACIENTE |                        |           |            |                             | DATOS PACIENTE         |                    |         |            |         |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | NOMBRES Y APELLIDOS                        | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DIRECCION | TELEFONO   | CORREO ELECTRÓNICO          | ESPECIE CANINA /FELINA | SEXO HEMBRA/ MACHO | NOMBRE  | EDAD MESES | RAZA    |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Oscar Barreto                              | 1002604175             | Pijao     | 3209037728 |                             | Felino                 | Macho              | Capita  | 18 meses   | Criollo | Pa      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sara Iizeth Alvarado                       | 1056002298             | Pijao     | 3133409679 |                             | felino                 | Macho              | Set     | 15 meses   | Criollo | Sa      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Flor Relis                                 | 23776464               | Pijuas    | 312354304  |                             | Canina                 | Hembra             | Paloma  | 3 años     | C       | Fl      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Maria Echeverria                           | 1051140628             | Pijuas    | 3103319145 |                             | Canina                 | H                  | Negra   | 4 años     | C       | K       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Maria Echeverria                           | 1051240628             | Pijuas    | 3103319145 |                             | Canina                 | H                  | Pintada | 5 meses    | C       | Xo      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nidia Alba                                 | 1056800527             | Pijuas    | 3234158952 |                             | Canina                 | H                  | Manchas | 5 meses    | C       | Na      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nubia Chibator                             | 23776987               | Pijuas    | 3116528007 |                             | Canina                 | H                  | Alaska  | 2 años     | C       | Al      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Edith Morales                              | 1002405541             | Pijuas    | 3134775503 |                             | Canina                 | H                  | Munera  | 7 meses    | C       | Jo      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dino Chivator                              | 1051740602             | Pijuas    | 3219326798 | poola chivator 713 0901.107 | Felino                 | H                  | Luño    | 3 años     | C       | Di      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Leidy Lopez                                | 1056807409             | Pijuas    | 3128571406 |                             | Canina                 | H                  | Luño    | 7 meses    | C       | Le      |







DD / MM /

**LUGAR**[illegible]



Alcaldía Municipal  
de Cucaita

# FORMATO

## CONTROL DE ASISTENCIA

Versión: 2.0

Código: D-IC-F-11

Fecha: 2025/04/01

Página 1de 4

| No. | NOMBRE Y APELLIDOS           | IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO   | CORREO ELECTRÓNICO | DIRECCIÓN ENTIDAD/<br>DEPENDENCIA | FIRMA                |
|-----|------------------------------|----------------|------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------|
|     | - Juan Piscotambo Gil        | 6770740        | 3123080899 |                    | - Centro                          | <i>[Signature]</i>   |
|     | - Rocio Roberto              | 1055690232     | 3135851923 |                    | - Centro                          | - Rocio Rob          |
|     | - Yeny Carolina Lopez        | 10074059139    | 3232385810 |                    | - Iluvosos                        | - Carolina Eche      |
|     | - Dayana Echeverria          | 1051240034     | 3213524509 |                    | - Iluvosos                        | - Dayana Eche        |
|     | - Alcaldía Municipal         |                |            |                    |                                   |                      |
|     | - Maria Alicia Guacatave     | 1051240191     | 3124027985 |                    | - Centro                          | <i>[Signature]</i>   |
|     | - Sandra Congrejo            | 1007357613     | 3108731692 |                    | - Centro                          | - Sandra Con         |
|     | - Heydi Arriana Soto Parra   | 10705916321    | 3274973027 |                    | - Centro                          | - <i>[Signature]</i> |
|     | - Sandra Parra/Luz Nebigarra | 40035435       | 3133419241 |                    | - Centro                          | -                    |
|     | - Eliana Maria Miquez        | 33369002       | 3702458124 |                    | - Centro                          | - Eliana Migu        |
|     | - Delfina Miquez             | 23276352       | 3134102627 |                    | - Centro                          | - Delfina Miquez     |
|     | - Elizabeth Nino             | 1051240376     | 388683894  |                    | - Centro                          | - <i>[Signature]</i> |
|     | - Maria Adelina Sierra Nino  | 2327462        | 3707731105 |                    | - Centro                          | - Maria Adel         |
|     | - Dora Patricia Parra        | 52341762       | 3707398834 |                    | - Centro                          | - <i>[Signature]</i> |
|     | - Maria Elena Bastidas       | 23277006       | 3132013574 |                    | - Cuesta en medio                 | - <i>[Signature]</i> |
|     | - Ines Siza                  | 23276764       | 3212498971 |                    | - Cuesta en medio                 | - Maria Ines         |
|     | - Maria Elvira Castro        | 24207350       | 3143662498 |                    | - Iluvosos                        | - Maria Elvira Cas   |
|     | - Rocio Garcia               | 1002405670     | 3133555410 |                    | - Centro                          | - <i>[Signature]</i> |
|     | - Viviana Garcia             | 1051240703     | 3233707019 |                    | - Centro                          | - Viviana G.         |

### ALCALDIA MUNICIPAL DE CUCAITA

NIT. 891.802.089-1

Casa de Gobierno Calle 8 No. 6 - 48

Celular 316 028 22 70 - Código Postal: 154060

Email: [contactenos@cucaita-boyaca.gov.co](mailto:contactenos@cucaita-boyaca.gov.co)

### DESPACHO DE ALCALDE

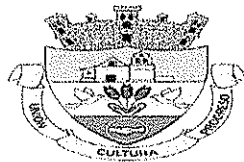
Casa de Gobierno Calle 8 No. 6 - 48 Piso 2

Email: [alcaldia@cucaita-boyaca.gov.co](mailto:alcaldia@cucaita-boyaca.gov.co)

[www.cucaita-boyaca.gov.co](http://www.cucaita-boyaca.gov.co)



modelo integrado  
de planeación  
y gestión



**Alcaldía Municipal  
de Cucaita**



**FORMATO DE ENTREGA DE SUMINISTROS**

| DETALLE                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE                       | CEDULA        | VEREDA          | TELEFONO    | FIRMA                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------|-----------------|-------------|--------------------------|
| 10 Gallinas de postura; raza isa browm de 16 a 18 semanas de edad: animales con buenas caracterizas como: alta producción de huevos y fácil adaptabilidad a zona de explotación, cumpliendo así con todos los protocolos de sanidad | Ana Alcirra Barajas Infante. | 1.051 241 119 | Cesta en Medio. | 312 5651623 | Ana barajas              |
| 10 Gallinas de postura; raza isa browm de 16 a 18 semanas de edad: animales con buenas caracterizas como: alta producción de huevos y fácil adaptabilidad a zona de explotación, cumpliendo así con todos los protocolos de sanidad | Belisario Perez.             | 6753 429      | Cesta en Medio  | 3207578364  | Belisario Perez          |
| 10 Gallinas de postura; raza isa browm de 16 a 18 semanas de edad: animales con buenas caracterizas como: alta producción de huevos y fácil adaptabilidad a zona de explotación, cumpliendo así con todos los protocolos de sanidad | Martha Pericón Gil Rivas     | 23' 276.847   | Pijaos.         | 3           | No Firma                 |
| 10 Gallinas de postura; raza isa browm de 16 a 18 semanas de edad: animales con buenas caracterizas como: alta producción de huevos y fácil adaptabilidad a zona de explotación, cumpliendo así con todos los protocolos de sanidad | Ana Marlen Lopez Otalora.    | 23' 276 763   | Esalcones       | 3203690187  | Ana Marlen Lopez Otalora |
| 10 Gallinas de postura; raza isa browm de 16 a 18 semanas de edad: animales con buenas caracterizas como: alta producción de huevos y fácil adaptabilidad a zona de explotación, cumpliendo así con todos los protocolos de sanidad | Ana Celis Gil Lopez          | 23' 276 732   | Pijaos          | 3142061680  | Ana Celis Gil            |





**Alcaldía Municipal  
de Cucaita**



**FORMATO DE ENTREGA DE SUMINISTROS**

| DETALLE                                                                                                                                                                                                                             | NOMBRE                       | CEDULA      | VEREDA          | TELEFONO   | FIRMA                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------|-----------------|------------|----------------------|
| 10 Gallinas de postura; raza isa browm de 16 a 18 semanas de edad: animales con buenas caracterizas como: alta producción de huevos y fácil adaptabilidad a zona de explotación, cumpliendo así con todos los protocolos de sanidad | Maria Mery Chavarria Lopez   | 33.365849   | Humosos         | 3115814793 | Maria Mery Chavarria |
| 10 Gallinas de postura; raza isa browm de 16 a 18 semanas de edad: animales con buenas caracterizas como: alta producción de huevos y fácil adaptabilidad a zona de explotación, cumpliendo así con todos los protocolos de sanidad | Jose Andres Sanabria Sanchez | 7'223732    | Cuesta en Medio | -          | Jose Andres          |
| 10 Gallinas de postura; raza isa browm de 16 a 18 semanas de edad: animales con buenas caracterizas como: alta producción de huevos y fácil adaptabilidad a zona de explotación, cumpliendo así con todos los protocolos de sanidad | Deisy Iboanca Borda Brito    | 5'002405417 | Chipucata.      | 3123168879 | Deisy Iboanca B      |
| 10 Gallinas de postura; raza isa browm de 16 a 18 semanas de edad: animales con buenas caracterizas como: alta producción de huevos y fácil adaptabilidad a zona de explotación, cumpliendo así con todos los protocolos de sanidad | Zoraida Borda Daza           | 5'055240270 | Centro.         | 3213186902 | Zoraida Borda Daza   |
| 10 Gallinas de postura; raza isa browm de 16 a 18 semanas de edad: animales con buenas caracterizas como: alta producción de huevos y fácil adaptabilidad a zona de explotación, cumpliendo así con todos los protocolos de sanidad | Clemenora Parra Cano         | 23.278902   | Centro          | 3133442545 | Clemenora Parra Cano |

FORMATO DE ENTREGA DE  
PLÁNTULAS Y ABONO MUNICIPIO DE  
CUCAITA 2025

Madre Tierra

LUGAR: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: \_\_\_\_\_  
TEMA: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_  
VEREDA: \_\_\_\_\_

| NOMBRES Y APELLIDOS        | NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CARGO/ ACTIVIDAD | VEREDA    | TELÉFONO   | FIRMA                     |
|----------------------------|-------------------------------|------------------|-----------|------------|---------------------------|
| Dayana Andrea García Borda | 1051240293                    | PRODUCTOR        | Centro    | 3209291262 | Andrea García B           |
| Don Eduardo Cordero Lora   | 1002000000                    | PRODUCTOR        | Ortega    | 3134854664 | Don Eduardo C             |
| Rosa Maria Borda Daza      | 1051240689                    | PRODUCTOR        | HUVIOSOS  | 3213973269 | Rosa Maria Borda Daza     |
| Dora Ines Borda Daza       | 93276995                      | PRODUCTOR        | cuesta    | 3118992453 | Dora Ines Borda D         |
| Isaac Parra                | 4.041.460                     | PRODUCTOR        | cuesta    | 3135279591 | Dora Ines Borda D.        |
| Juan A Layette             | 17171249                      | PRODUCTOR        | centro    | 313030252  | Juan A Layette            |
| Luis Borda Layette         | 602405558                     | PRODUCTOR        | HUVIOSOS  | 3213326203 | Luis Borda Layette        |
| José Santos Borda Layette  | 4041021                       | PRODUCTOR        | Paradones | 3147275358 | José Santos Borda Layette |
| Hector Miguel Borda        | 10119650925                   | PRODUCTOR        | Pijaó     | 3212614619 | Hector Miguel             |
| Maria Irene Contador Fil   | 40015518                      | PRODUCTOR        | chipacata | 313854303  | Maria Irene Contador      |
| Maria Isabel Gómez         | 23276412                      | PRODUCTOR        | chipacata | 3107599297 | Isabel Gómez              |
| Martha Isabel Gómez        | 1051240372                    | PRODUCTOR        | chipacata | 3204712715 | Martha Gómez              |
| Lubertin Monroy Cordero    | 1002692697                    | PRODUCTOR        | HUVIOSOS  | 3127548165 | Lubertin Monroy           |

Madre Tierra

ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

VEREDA: \_\_\_\_\_

| NOMBRES Y APELLIDOS         | NUMERO DOCUMENTO<br>DE IDENTIDAD | CARGO/ ACTIVIDAD | VEREDA                 | TÉLEFONO   | FIRMA                  |
|-----------------------------|----------------------------------|------------------|------------------------|------------|------------------------|
| Luci Yolanda Niño Niño      | 23276586                         | PRODUCTOR        | Centro                 | 3144654063 | Luci Yolanda Niño Niño |
| Luis A Larratta             | 17191249                         | PRODUCTOR        | Centro                 | 3133066257 | Luis Larratta          |
| Natalia Lucio Puerta Borda  | 105240718                        | PRODUCTOR        | Centro.                | 3197242775 | Natalia L Puerta B.    |
| L. Leonardo SAZÁ            | 52552337                         | PRODUCTOR        | Enlto                  | 3117947351 | Luis Sazá              |
| Laura Mayeli Vanesa         | 1002405640                       | PRODUCTOR        | Centro                 | 313386536  | Laura                  |
| Florencia Alba de Gómez     | 23276421                         | PRODUCTOR        | Pisaoz.                | 3118064870 | Vanesa Gómez           |
| Mix Rubela Chavama Otálora  | 33366371                         | PRODUCTOR        | centro                 | 3216334340 | Mix Rubela Chavama     |
| Luzmeri Largo chivata       | 1002403479                       | PRODUCTOR        | cucaita                | 3125720510 | Luzmeri Largo          |
| Astrid Milena Parra Chivata | 37727204                         | PRODUCTOR        | Cucaita                | 3774973027 | Astrid Parra           |
| Johana Vanezas Diaz         | 1051240424                       | PRODUCTOR        | Chipacuta<br>Churuvita | 3123790587 | Johana Vanezas Diaz    |
| José María Vanezas          | 1'051240 361                     | PRODUCTOR        | Cucaita                | 3223631901 | José María Vanezas     |
| Victoria Espitia Afaró      | 1'055 690 170                    | PRODUCTOR        | llano                  | 3125365246 | Victoria Espitia A     |
| Esteban Parra               | 1051240991                       | PRODUCTOR        | Cueste                 | 3143758907 | Esteban Parra          |



Madre Tierra

ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

VEREDA: \_\_\_\_\_

[illegible]



Representación Gráfica

Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**  
4ff0ac223c284d80f9a4eaba5096d62d7d65a55cb1faa982066d51f452a4dbbb22c6b35028110f6f823611f0a9421ce5

**Número de Factura:** FEV-83

**Fecha de Emisión:** 13/12/2025

**Fecha de Vencimiento:** 31/12/2025

**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado

**Medio de Pago:** Consignación bancaria

**Orden de pedido:**

**Fecha de orden de pedido:**

Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** FUNDACION PARA EL DESARROLLO AGROPECUARIO BIENESTAR SOCIAL Y SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL.  
MADRE TIERRA ONG

**Nombre Comercial:** FUNDACION PARA EL DESARROLLO AGROPECUARIO BIENESTAR SOCIAL Y SUSTENTABILIDAD AMBIENTAL. MADRE TIERRA ONG

**Nit del Emisor:** 900819247

**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica

**Régimen Fiscal:**R-99-PN

**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**Actividad Económica:** 0161

**País:** Colombia

**Departamento:** Boyacá

**Municipio / Ciudad:** Villa De Leyva

**Dirección:** VDA SABANA SECTOR PUENTE ZINC

**Teléfono / Móvil:** 3208826680

**Correo:** fundacionmadretierraong@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** MUNICIPIO DE CUCAITA

**Tipo de Documento:** NIT

**Número Documento:** 891802089

**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica

**Régimen fiscal:** R-99-PN

**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia

**Departamento:** Boyacá

**Municipio / Ciudad:** Cucaita

**Dirección:** CALLE 08 N 06 48

**Teléfono / Móvil:** 7340127

**Correo:** planeacion@cucaita-boyaca.gov.co

Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción                                                                                                       | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IMPUESTOS     |       |     |   | Precio unitario de venta |
|------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------|-------|-----|---|--------------------------|
|      |        |                                                                                                                   |     |          |                 |                   |                 | IVA           | %     | INC | % |                          |
| 1    | 030    | ESTERILIZACION EN CANINOS Y FELINOS                                                                               | 94  | 70,00    | \$ 137.500,00   | \$ 0,00           | \$ 0,00         |               |       |     |   | \$ 9.625.000,00          |
| 2    | V2     | PROYECTO PRODUCTIVO DE GALLINAS PONEDORAS 10 GALLINAS DE 16 – 18 SEMANAS POR UNIDAD PRODUCTIVA                    | NIU | 100,00   | \$ 39.450,00    | \$ 0,00           | \$ 0,00         |               |       |     |   | \$ 3.945.000,00          |
| 3    | 12     | BULTOS DE CONCENTRADO DE POSTURA X 40 KILOS                                                                       | 94  | 10,00    | \$ 85.185,71    | \$ 0,00           | \$ 0,00         | \$ 42.592,86  | 5.00  |     |   | \$ 851.857,14            |
| 4    | 002    | PAJILLAS DE INSEMINACION                                                                                          | 94  | 30,00    | \$ 57.000,00    | \$ 0,00           | \$ 0,00         |               |       |     |   | \$ 1.710.000,00          |
| 5    | V3     | RECARGA DE NITROGENO LIQUIDO X LITRO                                                                              | NIU | 80,00    | \$ 15.336,13    | \$ 0,00           | \$ 0,00         | \$ 233.109,24 | 19.00 |     |   | \$ 1.226.890,76          |
| 6    | 001    | CAJA DE JERINGA DESC. X 20 ML C 50 UND                                                                            | NIU | 2,00     | \$ 48.914,29    | \$ 0,00           | \$ 0,00         | \$ 18.587,43  | 19.00 |     |   | \$ 97.828,57             |
| 7    | 001    | HUERTAS CASERA - 200 PLÁNTULAS LECHUGAS 100 PLÁNTULAS REPOLLO 100 PLÁNTULAS REMOLACHA 5 PLANTULAS TOMATE DE ARBOL | NIU | 30,00    | \$ 92.500,00    | \$ 0,00           | \$ 0,00         |               |       |     |   | \$ 2.775.000,00          |
| 8    | 001    | ABONO QUÍMICO BULTO DE 50 KILOS 15-15-15                                                                          | NIU | 8,00     | \$ 174.047,62   | \$ 0,00           | \$ 0,00         | \$ 69.619,05  | 5.00  |     |   | \$ 1.392.380,95          |

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:  
13/12/2025 17:41:53  
Documento validado por la  
DIAN:  
13/12/2025 17:41:54  
XML Generado por: Solución  
Gratuita DIAN  
800197268  
PDF Generado por:  
Solución Gratuita DIAN  
Nit:800197268

|                |     |
|----------------|-----|
| MONEDA         | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0   |

|                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| Subtotal               | 21623957.42        |
| Descuento detalle      | 0,00               |
| Recargo detalle        | 0,00               |
| Total Bruto Factura    | 21623957.42        |
| IVA                    | 363908.58          |
| INC                    | 0,00               |
| Bolsas                 | 0,00               |
| Otros impuestos        | 0                  |
| Total impuesto (=)     | 363908.58          |
| Total neto factura (=) | 21987866           |
| Descuento Global (-)   | 0,00               |
| Recargo Global (+)     | 0,00               |
| Total factura (=)      | COP \$ \$ 21987866 |

Valores informativos

|           |   |
|-----------|---|
| ANTICIPOS |   |
| Anticipos | 0 |

|             |      |
|-------------|------|
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

|                |     |
|----------------|-----|
| MONEDA         | COP |
| TASA DE CAMBIO |     |

|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| Subtotal               | 21.623.957,42           |
| Descuento detalle      | 0,00                    |
| Recargo detalle        | 0,00                    |
| Total Bruto Factura    | 21.623.957,42           |
| IVA                    | 363.908,58              |
| INC                    | 0,00                    |
| Bolsas                 | 0,00                    |
| Otros impuestos        | 0,00                    |
| Total impuesto (=)     | 363.908,58              |
| Total neto factura (=) | 21.987.866,00           |
| Descuento Global (-)   | 0,00                    |
| Recargo Global (+)     | 0,00                    |
| Total factura (=)      | COP \$ \$ 21.987.866,00 |

Valores informativos

|           |      |
|-----------|------|
| ANTICIPOS |      |
| Anticipos | 0,00 |

|             |      |
|-------------|------|
| RETENCIONES |      |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA    | 0,00 |
| Rete ICA    | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764102310686    Rango desde: 81    Rango hasta: 200    Vigencia: 2027-12-01



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                   |                 |                    |                 |                     |             |                       |           |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------|-------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                      | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion       | Ciudad-Departamento | Teléfono    | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1049604586                     |         | FRESNO PIRABAGUEN NESTOR MAURICIO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 21 N. 15-21 | TUNJA-BOYACA        | 7406152     | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                   |                 |                    |                 |                     |             |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                             |                 | Tipo               | Fecha           |                     | Pago        |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                              | Planilla        | Planilla           | Limite          | Pago                | Banco       | Dias Mora             | Valor     |
| 2025-11                           | 2025-11 | 1960162359                        | 9495530514      | I                  | 2025/12/19      | 2025/11/27          | BANCOLOMBIA | 0                     | \$413,300 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES            |                |               |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |         |              |        |
|---------------------------------------------|----------------|---------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|---------|--------------|--------|
| EMPLEADO                                    |                |               | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |         | PARAFISCALES |        |
| No.                                         | Identificación | Nombres       | Codigo  | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días | IBC         | Aporte  | Días         | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)           |                |               |         |      | \$1,423,500 | \$227,800 |        |      | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$7,500 |              | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) |                |               |         |      | \$1,423,500 | \$227,800 |        |      | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$7,500 |              | \$0    |
| Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA ( 1 Afiliados)  |                |               |         |      | \$1,423,500 | \$227,800 |        |      | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$7,500 |              | \$0    |
| 1                                           | CC 1049604586  | FRESNO NESTOR | 230301  | 30   | \$1,423,500 | \$227,800 | EPS037 | 30   | \$1,423,500 | \$178,000 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-11   | 30   | \$1,423,500 | \$7,500 | 0            | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                         |                |               |         |      | \$1,423,500 | \$227,800 |        |      | \$1,423,500 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,500 | \$7,500 |              | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                   |                 |                    |                 |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-----------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                      | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion       | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1049604586                 |    | FRESNO PIRABAGUEN NESTOR MAURICIO | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 21 N. 15-21 | TUNJA-BOYACA        | 7406152  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |             |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Valor     |
| 2025-11                           | 2025-11 | 1960162359 |  | 9495530514 | I        | 2025/12/19 | 2025/11/27 | BANCOLOMBIA | \$413,300 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$227,800       | \$0            | \$0                    | \$227,800     |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$227,800       | \$0            | \$0                    | \$227,800     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$7,500         | \$0            | \$0                    | \$7,500       |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$7,500         | \$0            | \$0                    | \$7,500       |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$178,000       | \$0            | \$0                    | \$178,000     |  |
| NUEVA E.P.S.             | EPS037 | 900,156,264 | 2  | 1         | \$178,000       | \$0            | \$0                    | \$178,000     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$413,300       | \$0            | \$0                    | \$413,300     |  |



# Certificado Bancario

sábado, 6 de diciembre de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. Se permite informar que FUNDACION PARA EL DESARROLLO AGROPE identificado (a) con NIT 900819247 a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto       | No producto | Fecha apertura | Estado |
|-----------------------|-------------|----------------|--------|
| COP CUENTA DE AHORROS | 50259341091 | 03/05/2016     | ACTIVA |

El manejo de este(os) productos es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

**\*Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionado anteriormente.

\*Si desea verificar esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57 - 4) 510 90 00 - Bogotá - Local(57 - 1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57 - 5) 361 88 88 - Cali - Local: (57 - 2) 554 05 05 - Resto del País: 01800 09 12345. Sucursal telefónica en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.